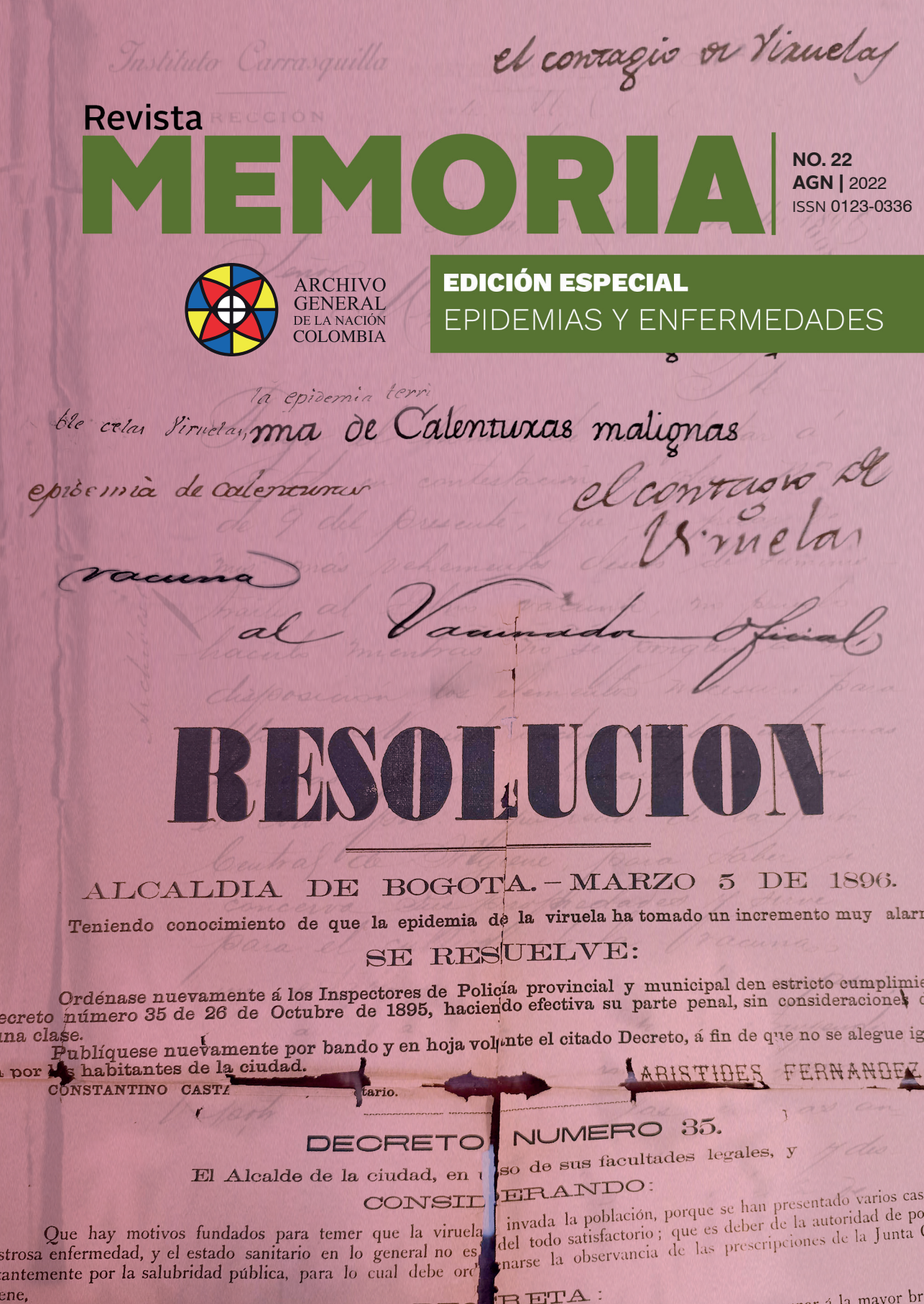
Revista
MEMORIA
NO. 22
AGN | 2022
ISSN 0123-0336

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

EDICIÓN ESPECIAL
EPIDEMIAS Y ENFERMEDADES



Revista

MEMORIA

NO. 22
AGN | 2022
ISSN 0123-0336

Archivo General de la Nación
Jorge Palacios Preciado. Colombia
Establecimiento público adscrito al Ministerio de Cultura

Consejo Directivo

Ministerio de Cultura
Claudia Jineth Álvarez Benitez (Delegada)
Secretaria General del Ministerio de Cultura

Presidencia de la República
Nerio José Alvis Barranco
Director General Departamento Administrativo de la Función Pública

Ministerio de Ciencias y Tecnología
Yolanda Acevedo Rojas (Delegada)
Dirección Administrativa y Financiera

Academia Colombiana de Historia
Roger Pita Pico (Delegado)
Coordinador de Biblioteca y Archivos de la Academia Colombiana de Historia

Consejos territoriales de Archivo
Margarita Rosa Monsalve Salas
Secretaria Técnica del Consejo Distrital de Archivo del Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla

Colegio Colombiano de Archivistas
José Francisco Serrato Bonilla
Presidente Colegio Colombiano de Archivistas

Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciados
Enrique Serrano López (Con voz pero sin voto)
Director General

Secretaria Técnica Consejo Directivo
Andrea Paola Prieto Mosquera
Secretaria General del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado

Comité Editorial
Enrique Serrano López
Adela Díaz
Laura Sánchez
Paula Villamizar
Jorge Alejandro Carrasquilla
Diego Felipe Moreno
María Angélica Osorio

Coordinación Editorial
María Angélica Osorio

Diseño y diagramación
Diana Carolina Delgado Guzmán

Revista Memoria No. 22 2022
ISSN 0123-0336

Archivo General de la Nación de Colombia
Carrera 6 No. 6-91
Teléfono: 328 28 88
E-mail: contacto@archivogeneral.gov.co
Página web: www.archivogeneral.gov.co
Facebook: ArchivoGeneral
Twitter: @ArchivoGeneral
YouTube: Canal AGN Colombia
Bogotá D. C., Colombia 2020

Las publicaciones del Archivo General de la Nación de Colombia están protegidas por lo dispuesto en la Ley 23 de 1982. Podrán reproducirse extractos sin autorización previa, indicando la fuente. **Las opiniones expresadas o utilizadas en la obra son responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es).**

ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

La cultura es de todos | Mincultura

Contenido Memoria No. 22

Revista institucional del Archivo General de la Nación de Colombia

Pág.

> EDITORIAL
Director Enrique Serrano López 05

• La viruela revisitada: el legado de la epidemia de 1802 en la estrategia para la mitigación del covid-19 en Colombia
Carlos Dáguer 06

• Vacunación, higiene y aislamiento: Epidemia de viruela en Bogotá a finales del XIX
Eliana Paola Barragán Murillo 22

• Pandemia o pestes del antropoceno
Nuevas formas de convivencia ambiental local en un municipio del Tolima
Mario Ávila Olmos 31

• La epidemia del Casanare en 1664
Felcer Dueñas Vallejo 40

• Agua de Dios y Lepra: Pandemia mental
María Teresa Rincón Sánchez 48

• ¿Quiénes son los idiotas? Oligofrenia, imbecilidad e idiocia en los hospicios de la Beneficencia de Cundinamarca 1930-1970
Catalina Vargas Paredes 56

Revista
MEMORIA
NO. 22
AGN | 2022
ISSN 0123-0336

> EDITORIAL

Por: Enrique Serrano López
Director del AGN de Colombia

Para el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado es un orgullo presentar el número 22 de la Revista Memoria. En él hay varios artículos relacionados con el manejo de la Lepra en Agua de Dios, la Epidemia del Casanare, la Pandemia de Venadillo; incluso hay también un artículo sobre la Viruela en Colombia.

Constituyen, en gran medida, un aporte extraordinario desde nuestro acervo documental, para reconocer la importancia que las epidemias y las pandemias han tenido en el complejo pasado de nuestro país. Se trata de trabajos muy atractivos y pertinentes que nos ayudarán a comprender cómo y con qué consecuencias se han vivido estos flagelos en la historia nacional, y cuáles han sido las enseñanzas que cada uno de ellos ha dejado.

Desde aquella condición vergonzante que tenía la Lepra hasta mediados del siglo XX, también la epidemia del Casanare en el siglo XVII, la Pandemia de Venadillo, nos recuerdan los avatares de un pasado doloroso. Las huellas que dejaron la Viruela y el Tifo, entre otras enfermedades importantes, sacudieron a la población colombiana y le dejaron graves secuelas, pero también la posibilidad de enseñanzas y de aumentar su capacidad adaptativa.

Por tanto, para la Revista Memoria constituye esto un aporte no solo interesante, sino muy digno de ser elevado al conocimiento del público y en el que —más allá de las labores profesionales de los investigadores— hay una gran cantidad de testimonios humanos que resultan muy atractivos e incluso muy impactantes para nuestros lectores.

LA VIRUELA REVISITADA: EL LEGADO DE LA EPIDEMIA DE 1802 EN LA ESTRATEGIA PARA LA MITIGACIÓN DEL COVID-19 EN COLOMBIA

Por: Carlos Dáguer*

Tan pronto recibieron noticias sobre la aproximación de la enfermedad, las autoridades establecieron medidas de control sanitario en los pasos fronterizos. Toda persona sospechosa de estar infectada debía ser aislada de manera inmediata.

Las voces expertas no se ponían de acuerdo sobre la estrategia sanitaria más adecuada. Unas, resignadas a que la epidemia se propagaría de manera inevitable, se inclinaban por ampliar la capacidad hospitalaria en espacios aislados a fin de atender a los enfermos; otras, más optimistas, confiaban en que el contagio era prevenible si se conseguía una rápida identificación y aislamiento de los enfermos o los sintomáticos antes de su ingreso.

Todos eran conscientes de que, en ausencia de una vacuna, las únicas personas libres del contagio eran aquellas que ya habían padecido la enfermedad. De modo que el conteo de las personas propensas a infectarse permitía anticipar la magnitud del daño que la epidemia podía causar.

Una vez la infección causada por el covid-19 llegó, las muertes fueron en ascenso por encima de lo habitual, y fue necesario establecer nuevas pautas para el entierro de los cadáveres. El miedo cundió por todas partes, así como las excesivas medidas de higiene, carentes de cualquier evidencia que justificara su uso.

La vacuna había sido descubierta recientemente, pero el transporte debía sortear grandes obstáculos. Cuando, después de una larga espera, estuvo disponible para la población, su diseminación por el país dio pie para la creación de una nueva institucionalidad en el ámbito de la salud pública. La defensa de la vida por sobre otras consideraciones se asomaba como un principio irrenunciable.

Dos azotes, dos siglos

Las líneas anteriores, aunque deliberadamente ambiguas, son fieles a los hechos; a dos hechos distanciados 219 años. Pueden describir los acontecimientos relacionados con la

1 Carlos Dáguer es el director de la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI. Comunicador social y periodista, ha sido editor de medios de comunicación y autor de los libros sobre acontecimientos de salud pública *Al derecho y al revés, Vigilantes de la salud y Héroes de a pie.*

epidemia de viruela ocurrida entre 1801 y 1802 en el virreinato de Santafé y la subsiguiente campaña de vacunación entre 1804 y 1805, pero también los relacionados con la epidemia de covid-19, causada por el SARS-CoV-2, declarada pandemia en marzo de 2020.

Todas las epidemias tienen similitudes, claro está. Para comenzar, las tres características básicas que las definen: la presencia de una enfermedad, la propagación y la afectación simultánea de un gran número de personas. Sin embargo, al momento de compararlas, otros factores pueden surgir para el análisis: el impacto que tuvieron, las prácticas sociales que las acompañaron, las medidas adoptadas para su manejo y las transformaciones sociales que desencadenaron.

Pese a las características disímiles de los virus que las causaron y el prolongado intervalo entre una y otra, en la historia de la salud pública en Colombia difícilmente se encuentran tantas semejanzas entre epidemias como las que hay en las dos citadas. Es más: como se intentará demostrar en este artículo, la mayoría de las prácticas sanitarias para el manejo del covid-19 y su justificación social tuvieron su origen o la aceleración de su proceso evolutivo en la epidemia de viruela ocurrida en el virreinato de Santafé a inicios del siglo XIX.

El desarrollo de aquella emergencia de salud pública puede rastrearse principalmente en el intercambio de comunicaciones entre virrey Pedro Mendinueta, el Cabildo de Santafé de Bogotá y las autoridades provinciales, así como en los documentos relativos al paso de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna por el virreinato de Santafé. Los manuscritos, conservados en el Archivo General de la Nación (AGN), han sido la fuente principal de destacados trabajos sobre la materia, entre los que destacan *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el virreinato de Nueva Granada,* de Renán Silva, y *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales,* de Ana Luz Rodríguez González.

1801: la viruela amenaza

La viruela era una vieja conocida en la sociedad colonial. Llegó por primera vez en 1558 en un grupo de esclavos comprados en la isla de La Española por Juan de los Barrios, el obispo de Santafé. Desde entonces, cada cierto tiempo, era causa de epidemias en diversos lugares del virreinato. La enfermedad, mortal en una altísima proporción, se manifestaba mediante ampollas purulentas en el cuerpo. La transmisión se daba, principalmente, por contacto con personas infectadas o con superficies contaminadas, pero algunas veces podía hacerlo por el aire.

La última epidemia ocurrida en la capital durante el siglo XVIII fue la de 1782, que causó entre 3.000 y 7.000 muertes. La Bogotá de entonces —casi siempre llamada Santafé— tenía unos 17.000 habitantes. De esa experiencia quedó el recuerdo no solo de una altísima mortalidad —17 por ciento, según el cálculo más optimista—, sino la puesta en práctica, con carácter masivo, de la técnica conocida como *inoculación* o *variolización* para prevenir la enfermedad.

A la vacuna le faltaban entonces 14 años para ser descubierta. Lo que sí se conocía de antaño era el principio según el cual la introducción de la enfermedad —bien por contagio espontáneo, bien por medios artificiales— prevenía de futuras infecciones. La inoculación o variolización consistía, pues, en introducir en una persona sana, casi siempre mediante una incisión en la mano, el brazo o la pierna, el pus secretado por las ampollas de una persona que había presentado la viruela de manera leve. La técnica era de alto riesgo, pues implicaba la transmisión del mismo virus humano. El logro de Edward Jenner en 1796 consistió fundamentalmente en advertir que el pus causado por la viruela de las vacas prevenía la viruela en los humanos, pero sin eventos adversos relevantes. De allí el nombre del descubrimiento: *vacuna*.

Sin embargo, el fabuloso hallazgo no estaba disponible en el virreinato de Santafé cuando, en el primer semestre de 1801, se tuvieron noticias sobre casos de viruela en Popayán. Con seguridad, el recuerdo de la epidemia ocurrida dos décadas antes en la capital —vivo aún en la memoria de una buena parte de los habitantes de la ciudad— propició la actitud diligente del virrey Pedro Mendinueta.

La muy activa correspondencia entre este y las autoridades provinciales durante junio y agosto de 1801 deja ver que en ese lapso el contagio avanzó hasta Neiva, Cartago, Ibagué, Melgar, Cunday, Piedras, Mariquita, Fusagasugá, El Guamo, Honda y Ambalema. Pese a la evidente preocupación, la mortalidad en esas ciudades parece haber sido baja.

El objetivo inicial de Mendinueta era evitar a toda costa la llegada de la enfermedad a la capital, pues, al ser el punto de llegada y partida de la mayoría de los caminos del virreinato, una vez allí sería inevitable la rápida propagación por todo el territorio.

La orden general, aunque con matices en algunos casos, fue crear guardias para examinar a los viajeros, y aislar, en las afueras de las ciudades, a todo aquel que presentara "*los accidentes de las viruelas o señales de haberlas pasado recientemente*". Esa suerte de cuarentena era entonces conocida con una palabra de origen portugués: *degredo*.

Las autoridades locales aplicaron las medidas según las circunstancias particulares. Las de Ibagué, por ejemplo, ordenaron a los pasajeros que necesitaban atravesar el río Magdalena presentarse previamente en algún juzgado de la ciudad para que les fuera expedida una boleta que certificaba que estaban libres de las viruelas. Sin ella, los paseros o bogas no estaban autorizados para embarcarlos.

De manera paralela, Mendinueta dio órdenes al Cabildo de Santafé para preparar a la capital. La pequeña ciudad, según sus cuentas, tendría entonces unos 30.000 habitantes y un solo hospital: el San Juan de Dios. Su propuesta era crear hospitales provisionales en las afueras de la ciudad para que los enfermos fueran aislados; divulgar la *Disertación físico-médica en la cual se prescribe un método seguro para preservar a los pueblos de las viruelas hasta lograr la completa extinción de ellas en todo el reino*, del cirujano español Francisco Gil; establecer mecanismos de delación de enfermos, y, muy a tono con el espíritu ilustrado de la época, dejar el diagnóstico y la curación ya no en manos de los curas sino de los médicos.

El Cabildo respondió con una suerte de contrapropuesta. Planteó la creación de una junta de sanidad de una treintena de miembros que tendría representación de habitantes de los barrios y se encargaría de preparar los degredos. Y, quizás porque asumía como inevitable el contagio, propuso que los hospitales provisionales fueran ubicados en los mismos barrios y no en las afueras de la ciudad, como sugería el virrey.

Finalmente, la conformación de la junta tuvo el rotundo rechazo de Mendinueta, pues el número de miembros le parecía exagerado, pero sí se acordó, inicialmente, la adecuación de cuatro hospitales. El punto que causó la mayor pugnacidad fue la financiación del plan: el Cabildo quería recurrir a donaciones o a los impuestos eclesiásticos, y el virrey, a las rentas de la ciudad, rentas que, según los ediles, ya estaban comprometidas en otras prioridades.

La práctica de la inoculación —entendida como la introducción del virus humano, no del virus vacuno, todavía ausente en el virreinato— estaba prohibida, aun cuando se sabía que en Ibagué había sido abiertamente usada y que algunas familias prestantes de la capital recurrían a ella. De hecho, no estaba descartada por completo, y menos aun teniendo en cuenta que el más influyente médico del virreinato, José Celestino Mutis, era claro defensor del procedimiento. Sin embargo, la técnica se reservaba para el momento en que el contagio fuera masivo. El temor radicaba en que las personas inoculadas podrían enfermar y convertirse en propagadoras de la enfermedad.

El 31 de agosto de 1801, dos meses y medio después de iniciados los preparativos, se tuvo noticia de la presencia, en uno de los hospitales provisionales, de un hombre proveniente de Buga con claras señales de padecer la viruela, lo que motivó al virrey a promulgar nuevas órdenes. Algunas reiteraban otras ya consideradas —como las multas para quien ocultara a virolentos o el traslado inmediato de personas enfermas a un hospital en las afueras de la ciudad—, pero dos eran inéditas.

Una era la orden de enterrar los cadáveres en cementerios y no en las iglesias. La mortandad de la epidemia ocurrida dos décadas atrás era atribuida, entre otros aspectos, al hecho de que las fosas en los templos quedaban abiertas durante el día hasta que se llenaran de cuerpos, lo que provocaba la contaminación del aire.

La otra medida nueva fue censar a la población que aún no había padecido la viruela en el perímetro urbano de la ciudad. Con esa instrucción no solo se buscaba detectar enfermos, sino calcular el impacto que la enfermedad podría tener si adquiría visos epidémicos. Sin embargo, 1801 y casi la mitad de 1802 terminaron en Santafé sin la esperada epidemia.

1802: la viruela ataca

El 2 de junio de 1802, una comisión de médicos nombrada por el virrey Mendinueta trajo la noticia que desde hacía un año todos parecían estar esperando en Santafé: dos casos de viruela habían sido confirmados en el hospital San Juan de Dios y, gracias a una ronda posterior, otros seis habían sido identificados en los barrios.

Enterado de que los hospitales de degredo acordados el año anterior no estaban listos para recibir a los enfermos, el virrey —a todas luces molesto, según se advierte en los manuscritos— tomó la decisión de prescindir de la ayuda del Cabildo y centralizó en su persona el manejo de la estrategia y los recursos de la ciudad.

En la primera semana de junio de 1802, el número de casos en la capital continuó aumentando. La epidemia era un hecho. Una de las primeras estrategias para mitigar el impacto fue acudir al supuesto efecto purificador del fuego: hogueras con paja, boñiga, laurel y otros elementos fueron encendidas en las principales esquinas de la ciudad. De hecho, las medidas de aseo e higiene, que penetraban de la mano de la nueva mentalidad ilustrada, se aplicaron a tal extremo que llevaron a despejar de malezas y yerbas las calles de la ciudad.

Adicionalmente, el virrey reiteró algunas órdenes anteriores, como el traslado de los enfermos a los hospitales provisionales y las prohibiciones de enterrar los muertos dentro de las iglesias, de practicar la inoculación y de aumentar los precios de los productos básicos. Por su parte, el Cabildo agregó las instrucciones de marcar con una cruz las casas de los afectados, asear las habitaciones y evitar el hacinamiento de los contagiados.

El 9 de julio fue necesario reconocer que la epidemia ya era general y, por tanto, podía practicarse la inoculación, siempre y cuando se contara con el concepto previo de un médico o el procedimiento fuera realizado en los hospitales. En esta oportunidad, la orden fue promulgada por el oidor Juan Hernández de Alba, pues el virrey Mendinueta, alegando razones de salud de su esposa, había marchado a Guaduas.

Fue entonces cuando se comenzaron a divulgar las noticias sobre la existencia de la vacuna y se contemplaron alternativas para disponer de ella en el virreinato, bien fuera estimulando la búsqueda del virus bovino en las vacas nativas, bien importando el pus desde Europa o Filadelfia protegido entre vidrios, o desde Jamaica —donde ya se usaba— mediante la técnica de brazo a brazo; es decir, introduciéndolo en un niño y, antes de que perdiera su vigor, introduciéndolo en otro, y así sucesivamente hasta Santafé. Ninguna estrategia sirvió: la primera porque la vacuna llegó degradada; la segunda porque no se halló el virus vacuno en las vacas locales, y la última porque tomaba muchas semanas.

Hacia septiembre, la viruela comenzó a ceder. Según las cuentas del virrey, un millar de muertes eran atribuibles a ella. Sin duda, ese 3 por ciento era menos doloroso que el 17 por ciento dejado por la epidemia de 1782.

La expedición de la vacuna

Las noticias sobre la epidemia en el virreinato de Santafé llegaron a oídos del rey Carlos IV en el mismo año de 1802. Aunque la información versaba particularmente sobre las disputas entre el Cabildo y Pedro Mendinueta, el rey aprovechó para consultar con el Consejo de Indias si veía posible llevar la vacuna a los territorios de ultramar.

La consulta terminó en la conformación de la más ambiciosa campaña de vacunación realizada hasta entonces en el mundo: la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Dado

que conservada entre vidrios la vacuna corría el riesgo de degradarse, los cirujanos reales optaron por transportarla de brazo a brazo.

Veintidós niños huérfanos gallegos, que promediaban los tres años de edad, serían los reservorios para que el pus vacuno llegara al Nuevo Mundo sin haber perdido su vigor. El mérito de Jenner no era solo haber descubierto que el virus presente en las ubres de las vacas prevenía la viruela humana; también era haber advertido que, para propagarlo, no era necesario volver a las vacas, sino pasar el pus de un niño a otro. El niño quedaba así inmunizado de por vida, y, durante algo más de una semana, la pústula causada por la incisión en el brazo era fuente de pus vacuno. La expedición organizada por la Corona española logró llevar la vacuna a América pasándola de un par de aquellos niños huérfanos gallegos a otro par cada diez días.

Expedicionarios y niños *vacuníferos,* con la dirección de Francisco José Balmis y la subdirección de José Salvany, partieron de La Coruña el 30 de noviembre de 1803. Adelantaron su campaña de inmunización en las islas Canarias, continuaron hacia Puerto Rico, y arribaron a Venezuela el 20 de marzo de 1804. En Caracas, Balmis decidió dividir la expedición en dos: él y una parte de los expedicionarios se hicieron cargo de Cuba, Nueva España y las Filipinas, y Salvany y otros tres expedicionarios, de los territorios hispanos de Suramérica.

La Expedición Filantrópica de la Vacuna tocó el suelo neogranadino el 13 de mayo de 1804, tras naufragar en las bocas del Magdalena. Allí mismo comenzaron las vacunaciones. Luego, en Cartagena crearon la primera Junta de Vacuna del virreinato, y la ciudad se convirtió en un centro difusor del pus.

El recorrido, con nuevos niños vacuníferos, continuó por el Magdalena, inmunizando a la población ribereña. Pasó por Mompox, y en Ocaña se subdividió: dos expedicionarios continuaron hacia lo que hoy son los Santanderes, y otros dos continuaron por el río hasta Honda. El 17 de diciembre, Salvany llegó a Santafé de Bogotá, la ciudad que había encendido la chispa de toda esa gesta. Allí estuvo hasta el 8 de marzo de 1805. Poco después de su salida, el virrey Antonio Amar y Borbón —sucesor de Mendinueta— imprimió el *Reglamento para la conservación de la vacuna en el virreinato de Santafé,* que establecía una serie de normas para asegurar el autoabastecimiento del pus y la inmunización general de la población.

Casi siempre en dos grupos, los expedicionarios realizaron vacunaciones en Neiva, La Plata, Ibagué, Cartago, Popayán y los poblados del litoral Pacífico, entre otros. En las principales ciudades iban creando juntas, conformadas por ciudadanos notables, a las que se delegaba la responsabilidad de preservar la vacuna. Abandonaron lo que hoy es Colombia, y siguieron hacia lo que hoy es Ecuador, Perú y Bolivia. Salvany murió en Cochabamba el 21 de julio de 1910. En enero de 1812, después de llegar a Chile, la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, reconocida como la mayor hazaña médica de la Colonia, se dio por concluida.

Breve repaso a otras pandemias

El 11 de marzo de 2020, cinco días después de la confirmación del primer caso en Colombia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia la enfermedad causada por un nuevo coronavirus identificado el año anterior en Wuhan, China.

En diversos medios de comunicación y espacios académicos, el anuncio trajo al presente el recuerdo de las pandemias más recientes o mortíferas de la historia: la de AH1N1 de 2009, las de cólera, las de viruela, la peste negra y, con evidente preeminencia, la gripa española de 1918.

El recuerdo sobresaliente de esta última puede tener varias explicaciones. Más de 50 millones de vidas perdidas por su causa, como ninguna otra pandemia lo había hecho, es una razón poderosa. Y, además, el hecho de que fuera causada por un virus respiratorio, como también lo es el covid-19. Del mismo modo, podría alegarse que su recuerdo estaba renovado en virtud de su centenario en 2018. La memoria, con un rico acervo fotográfico e historiográfico, estaba al alcance de la mano.

Para el caso colombiano, sin embargo, el paralelismo del covid-19 con la gripa de 1918 no es tan contundente como sí lo es con la epidemia de viruela de 1801 y 1802. Diversos argumentos sustentan esta tesis. Uno es que, a pesar del avance de la gripa en Europa, lo que permitía vaticinar que podría llegar a América, las autoridades locales no adelantaron ninguna estrategia de anticipación, de modo que todas las acciones fueron improvisadas. Quizás por eso mismo, la gripa española en Colombia tuvo un carácter explosivo. La mortalidad en la capital se disparó desde la tercera semana de octubre y decayó a comienzos de noviembre, y en Boyacá las defunciones se concentraron en noviembre. En otras regiones del país su impacto fue significativamente menor.

La velocidad de la diseminación de la enfermedad agotó el número de personas susceptibles en pocos días, y el desconocimiento sobre el agente causal —años después se sabría que era un virus— impidió el desarrollo de medidas preventivas o medicamentos efectivos. A diferencia de lo visto en Estados Unidos y Europa, en Colombia no se apeló al uso masivo de métodos de barrera —mascarillas o tapabocas—, y la desolación observada en las calles no fue resultado de medidas de aislamiento previas, sino del alto número de incapacidades.

El legado de la epidemia de 1918 fue el impulso a la conformación de la Dirección Nacional de Higiene, que reemplazó a la Junta Central de Higiene y a las juntas departamentales. De esa forma, se buscó centralizar el manejo de la salud pública en el territorio nacional, aspecto clave para dar un manejo más eficiente a las enfermedades infectocontagiosas.

También pueden rastrearse legados sanitarios o establecerse paralelismos entre la pandemia de covid-19 y otras grandes epidemias en el territorio colombiano ocurridas entre 1802 y 2020. Sin embargo, este ejercicio de comparación lleva a encontrar más diferencias que semejanzas. En algunos casos, la diferencia es abismal en términos de impacto social o de mortalidad o morbilidad, y en otros, el ciclo parece incompleto por la ausencia de alguna fase, en especial la inicial de preparación o la final de vacunación.

No puede desconocerse que la séptima pandemia de cólera, que se inició en Colombia en 1991, y la pandemia de AH1N1 de 2009 tuvieron, como la de viruela o la del covid-19, sus respectivas fases de preparación, contención y mitigación. Sin embargo, aparte de que en términos relativos su huella no fue tan profunda, el ciclo de cada una de ellas no concluyó con ambiciosas campañas de vacunación o con profundas transformaciones sociales o sanitarias.

Viruela y covid-19: prácticas y conceptos comunes

Un buen punto de partida para comenzar a establecer los paralelismos entre la epidemia de viruela y la del covid-19 es determinar si la primera tenía un carácter pandémico. Si se asume el fenómeno como una enfermedad contagiosa que se propaga por varios países y afecta a un gran número de individuos, la respuesta indiscutible es afirmativa: la viruela a comienzos del siglo XIX era una pandemia. En España, a finales de 1800, se reportaban epidemias por esta enfermedad en las provincias de Andalucía y Extremadura; en 1802 se propagaba en Santafé y Lima; y es sabido que en 1805 José Salvany tuvo que abandonar presurosamente Popayán para apagar una epidemia en Quito.

Las medidas adoptadas para el manejo de la viruela en el primer lustro del siglo XIX y su reactualización en la pandemia de covid-19 pueden dividirse en dos grupos. Por una parte, se advierten prácticas sanitarias que debutaron con motivo de la epidemia de 1802, se consolidaron con los años y fueron estratégicas durante 2020 y 2021. Y, por otra parte, se identifican algunos procesos anteriores al siglo XIX que aceleraron su desarrollo evolutivo como consecuencia de la epidemia de viruela, se asentaron durante emergencias intermedias y resultaron fundamentales para el manejo del covid-19.

En el grupo de las prácticas debutantes pueden señalarse tres: el desarrollo de una fase de preparación ante la inminencia del arribo de la enfermedad; la implementación de una herramienta predictiva para calcular el impacto de la emergencia sanitaria; y la puesta en marcha de una campaña de vacunación masiva que, de paso, va creando a su paso nuevas instituciones para la salud pública.

En el grupo de las prácticas que venían desde los años anteriores, pero aceleraron su desarrollo pueden citarse también tres: el cambio en las costumbres relativas a la disposición de los cadáveres; la aplicación intensiva de hábitos de higiene; y la concepción de la preservación de la vida como objetivo prioritario de la salud pública.

Preparación, contención, mitigación

La primera de esas prácticas que debutaron en 1801 fue el desarrollo de una etapa de preparación ante la inminencia del arribo de la enfermedad. La altísima letalidad de la epidemia de 1782 estaba en la memoria de la población, de modo que el desafío de las autoridades dos décadas después era capitalizar las lecciones aprendidas. El balance final revela que lo hicieron con éxito.

En esa etapa de preparación se observan tácticas agrupadas —ninguna novedosa en sí misma, pero sí en su agrupamiento estratégico—, como fueron la implementación de degredos, la delación de personas enfermas —el primordio de la vigilancia epidemiológica— y la instalación de hospitales provisionales para dar abasto con una demanda que iría en aumento. En esta preparación sobresale la búsqueda de recursos financieros para enfrentar la emergencia. Un público que jamás había accedido a hospitales pudo hacerlo gracias a esa gestión básica de protección social.

La estrategia de atención de la emergencia sanitaria provocada por el SARS-CoV-2 se planteó en tres fases desde la primera semana de marzo de 2020: preparación —que terminaría cuando se diagnosticara el primer caso confirmado, lo que ocurrió el 6 de marzo de 2020—, contención —que terminaría cuando no se pudiera identificar el origen de la infección en más del 10 por ciento de los casos confirmados, hecho anunciado el 31 de marzo del 2020— y mitigación.

La preparación tuvo entre sus principales hitos la adquisición de la capacidad diagnosticar el virus localmente, la práctica de exámenes a los viajeros procedentes del exterior y la presentación de la estrategia al personal del sector (secretarías de salud, hospitales, entidades aseguradoras).

Al igual que en 1801, en 2020 era urgente ampliar las capacidades hospitalarias para recibir una avalancha de enfermos. Las inversiones se hicieron especialmente en la adquisición de ventiladores para unidades de cuidados intensivos —de unas 5.000 unidades a más de 13.000 un año después— y en la adecuación de espacios aislados para la atención de las personas con covid-19.

También resulta llamativa la similitud de visiones y debates para hacer frente a una enfermedad sin cura conocida. El Cabildo en 1801 parecía resignado a que, por más que se establecieran controles y degredos en las afueras de la capital, la epidemia sería inevitable, mientras que el virrey consideraba que el aislamiento de los enfermos en las afueras cortaría el contagio antes de llegar a Santafé.

En la pandemia de covid-19, se discutieron dos estrategias similares. Pese a la inexistencia de la epidemiología como ciencia en los albores del XIX, la estrategia planteada por el Cabildo es asimilable a la de "aplanar la curva" —o mitigación— implementada más de dos siglos después. El hecho de que el Cabildo simultáneamente fuera partidario de los controles afuera y de la instalación de hospitales provisionales adentro es señal de que daba por descontado que la enfermedad llegaría. En este sentido, los controles en los caminos hacia Santafé solo contribuirían a lentificación del ritmo de propagación, a dosificar el número de enfermos a lo largo del tiempo, mas no a la extinción definitiva del contagio.

El "aplanamiento de la curva" o estrategia de mitigación aplicada ya en el siglo XXI iba en la misma dirección: su propósito no era apagar la epidemia, sino ralentizarla para evitar que el número de enfermos que requirieran hospitalización en un mismo momento no fuera a ser superior al número de camas hospitalarias.

En la línea del virrey habrían estado las voces minoritarias que llegaron a considerar la posibilidad de que, mediante un aislamiento masivo estricto, el virus simplemente no se reprodujera y, de ese modo, se extinguiera. Plausible en la teoría, esta estrategia de supresión resultaba inviable en un contexto de fronteras porosas y necesidades económicas apremiantes.

Modelos epidemiológicos

Aunque también resultara parte de la preparación, la iniciativa de realizar en 1801 "padrones de personas que no han sido afectadas por la epidemia de viruelas en el perímetro urbano de Santafé" merece un espacio aparte. Los empadronamientos no eran extraños para la población, pero en esta ocasión su objetivo era conocer las condiciones de los hogares para afrontar la enfermedad y, especialmente, estimar el número de personas que contraerían la infección. El ejercicio reveló que algo más de 5.000 habitantes —infantes en su mayoría y la mitad pobres— eran propensos a contraer la viruela.

"A la hora de enfrentar la ferocidad de la pandemia, el padrón fue un recurso útil —escribe la socióloga e historiadora Ana Luz Rodríguez González en un rigoroso análisis sobre el particular—. *Como herramienta para el diagnóstico y la distribución racional de los recursos, disminuyó el despilfarro de energías y orientó a los funcionarios hacia objetivos claros. Permitió una planeación basada en supuestos a una más acorde con las necesidades y recursos existentes".*

Aunque los empadronamientos de 1801 sean una herramienta rudimentaria, constituyen quizás el primer ejercicio documentado de epidemiología de campo y de proyección epidemiológica. En 2020, a partir de los datos obtenidos en un crucero y en la provincia china de Hubei, el Instituto Nacional de Salud estimó el número de personas que podrían padecer covid-19 en cada región de Colombia, estimación que incluía proyecciones de casos totales, asintomáticos, leves, severos, críticos y muertes. Los datos obtenidos no solo fueron el soporte para ordenar una cuarentena masiva; también dieron sustento a las inversiones que debían realizarse en diversos ámbitos.

El debut de la vacunación

La Real Expedición Filantrópica lleva consigo dos componentes absolutamente novedosos. Con ella no solo se inauguran en el actual territorio colombiano las campañas masivas de vacunación, sino también las juntas de vacuna y de sanidad. Como se ha dicho, a diferencia de la inoculación o variolización, que se basan en el mismo principio de introducir la enfermedad para prevenirla, la vacunación resultó un proceso seguro, y su práctica generalizada no tuvo resistencia.

La erradicación de la viruela gracias a la vacunación tomará más de siglo y medio en Colombia. La gran gesta de los expedicionarios no impidió nuevas epidemias a lo largo del siglo XIX, ni garantizó la conservación del pus. Sin embargo, su valor como campaña pionera es indiscutible, amén de que las juntas de vacuna constituyeron el primer paso para la conformación de instituciones consagradas a la salud pública. Más aún, como anotan los

autores de la *Historia de la medicina en Colombia, "el Reglamento para la conservación de la vacuna en el virreinato de Santafé significó un salto importante en los esfuerzos por dotar al Nuevo Reino de instrumentos institucionales estables para el manejo de la higiene pública, más allá del caso específico de la vacuna".*

En 2021, el relato paralelo es el Plan Nacional de Vacunación Contra el Covid-19, la más ambiciosa campaña de vacunación realizada hasta el presente en Colombia, cuyas normas y avances son expuestos semanalmente en reuniones llevadas a cabo en distintas ciudades del país, conocidas como "puestos de mando unificado" (PMU). Esta figura y la de los comités de expertos creados para el manejo de la pandemia y la vacunación evocan indiscutiblemente a José Salvany en su labor de ir instalando juntas en distintas ciudades más de dos siglos atrás.

Resignificación de los cadáveres

Como lo menciona la historiadora y socióloga Ana Luz Rodríguez González, la costumbre de enterrar los cadáveres en el suelo de las iglesias se afianzó durante la Colonia. Las consecuencias perjudiciales de aquella práctica parecieron evidenciarse durante la epidemia de 1782. Al aire contaminado se le atribuyó buena parte de la alta mortalidad.

Mediante una cédula real de 1786, Carlos III ordenó la construcción de cementerios fuera de los poblados. Las nociones de higiene y aseo que venían instaurándose gracias al espíritu ilustrado daban sustento a la decisión, aunque, evidentemente, para el grueso de la población no resultaba fácil asimilar la nueva costumbre.

"Para los habitantes de las colonias los templos eran lugares sagrados que aseguraban cierta protección a la materia y al espíritu de los cadáveres —anota Rodríguez González—. *Suponían que las tumbas en los templos eran inviolables y percibían cierta comunicación entre ese espacio sagrado y el más allá".*

La epidemia de viruela de 1802 aparece en este caso como aceleradora de un proceso gradual. El entierro por fuera de las iglesias no se inaugura ni se consolida gracias a ella. Rodríguez González documenta que, pasada la epidemia, la disposición de los cadáveres volvió a hacerse en los templos. Fue necesario esperar hasta 1923 para que las autoridades insistieran en los enterramientos en cementerios.

Lo llamativo de las órdenes sobre disposición final de los cuerpos dictadas durante la epidemia de viruela —y lo que las emparenta con los lineamientos durante la pandemia de covid-19— es que constituyen un hito en ese largo proceso de desmitificación de los cadáveres. Con el paso de los años, el cuerpo muerto deja de percibirse como compañía, protector, consuelo o intermediario con el más allá, lo que facilita el desprendimiento material.

El primer paso se da cuando los cadáveres abandonan el lugar sagrado por excelencia y comienzan a ser enterrados en los patios de los hospitales. Aunque bendecidos por la Iglesia, esos nuevos espacios abiertos en 1802 parecían estar en un nivel inferior en esa jerarquía

sagrada. El segundo alejamiento viene con la construcción de cementerios en las afueras de las ciudades. Y el tercero, ya en el siglo XX, con la aprobación, por parte de la Iglesia, de la incineración de los cuerpos, práctica que sería masivamente usada durante la pandemia en 2020 y 2021, además de los funerales virtuales, que se enmarcan en el mismo proceso.

La limpieza como atributo

Una de las mejores descripciones de Santafé a comienzos del siglo XIX la ofreció el propio virrey Pedro Mendinueta en la relación sobre el estado del virreinato dirigida a su sucesor, Antonio Amar y Borbón, en 1803. En el escrito, el funcionario no podía ocultar el fastidio que le producían los desperdicios arrumados en las aceras; las cañerías abiertas durante largos días; y los cerdos, los burros y los perros que vagabundeaban por las calles.

La asociación entre el aseo y la buena salud es una idea que cobra fuerza con el advenimiento de las nociones ilustradas. El mayor conocimiento de los gases atmosféricos condujo a la aplicación de técnicas para purificar el aire. Hábitos como la ventilación de los espacios cerrados y la limpieza de las habitaciones y las calles se volvieron más frecuentes.

El virrey era tan consciente de las bondades de las prácticas de higiene que en su escrito parece hasta orgulloso del celo con que los habitantes de la ciudad las incorporaron durante la epidemia de viruela. *"Se extendió el aseo hasta quitar las yerbas y menuda grama que se cría entre las piedras"*, anotaba. Con el conocimiento de hoy, podría decirse que igual de inútiles resultaron las hogueras promovidas por José Celestino Mutis.

Por la descripción que ofrece el virrey, el miedo al contagio facilitó la adopción súbita —aunque quizás inestable— de algunas prácticas de limpieza. El mismo efecto se observaría en 2020, cuando el llamado al lavado de manos, el uso de tapabocas y el distanciamiento físico se vio acompañado de comportamientos higiénicos llevados hasta el paroxismo, como la desinfección de las suelas de los zapatos, las llantas de los vehículos y los alimentos, o el uso de guantes de látex y trajes de bioseguridad en la vida cotidiana. Una vez más, en este caso, la epidemia de viruela se convirtió en aceleradora de un proceso de apropiación de prácticas que serán reactualizadas más adelante.

La valorización de la vida

¿De dónde surge el impulso que lleva a las autoridades de las postrimerías de la Colonia a diseñar un plan para contener un contagio y prevenir futuras infecciones? Lo que se observa tanto en las medidas adoptadas para el manejo de la viruela como en el desarrollo de la Real Expedición Filantrópica de la vacuna es el efecto de la creciente valorización de la vida que vino de la mano con la apropiación de los ideales de la Ilustración.

Valorización de la vida en un sentido material y en un sentido filosófico, pues, así como el despoblamiento provocado por las enfermedades atentaba contra las finanzas del reino, también es un hecho que desde mediados del siglo XVIII la propia monarquía asumió el bienestar de sus gobernados como parte de su misión. Las epidemias se presentan a las autoridades como una oportunidad para poner en práctica los nuevos valores.

Emblemático en este sentido es el nuevo significado que adquieren los hospitales, aspecto agudamente descrito por Renán Silva: *"El nuevo hospital empieza a redefinirse, a separarse del tradicional convento-hospital, en una dirección que describe la siguiente trayectoria: de simple lugar de asilo y reclusión para esperar la muerte o vivir la absoluta pobreza, más que a curarse, el hospital se abría ahora al conjunto de la plebe urbana con fines de curación…".*

Las decisiones adoptadas para la mitigación del covid-19 responden a esa trayectoria. El concepto subyacente tras la mayor parte de las decisiones adoptadas en 2020 era que el fin último de la salud pública debía ser la protección de la vida. En ese sentido, la prevención de la mortalidad —el principal objetivo explícitamente trazado en el plan de contingencia— terminó convertida en una carrera desesperada por evitar, de manera casi exclusiva, el contagio por SARS-CoV-2 o atender a los infectados por este virus. El propio ministro de Salud, Fernando Ruiz, lo comentaba en un artículo: *"Nunca antes una sociedad entera había hecho tanto por preservar la vida, por sus adultos mayores y por las personas que de antemano traían una salud debilitada".*

El análisis pendiente implicará conocer en qué grado la valoración de las vidas en el corto plazo desvalorizó otras vidas en el largo plazo.

Conclusión

A pesar de que están separadas por más de dos centurias, el desarrollo de la epidemia de viruela iniciada en 1801 en el virreinato de Santafé y de la pandemia de covid-19 en Colombia presenta un alto número de similitudes. El diseño de planes para anticiparse a las epidemias, la ampliación de las capacidades hospitalarias, la formulación de métodos para predecir eventuales daños, las ambiciosas campañas de vacunación, la resignificación de los cadáveres y la valorización de la vida, elementos comunes a las dos emergencias sanitarias, no son meras coincidencias.

La epidemia de viruela de 1801 y 1802 es una oportunidad para la puesta en escena de los nuevos valores y prácticas sanitarias promovidos por el pensamiento ilustrado. Los criterios y las estrategias para el manejo de la pandemia iniciada en 2020 son herederos directos de las prácticas y visiones de mundo instauradas o aceleradas en los albores del siglo XIX.

No quiere decir esto que los funcionarios de las entidades del sector salud de la segunda década del siglo XXI se nutrieran de manera consciente de las lecciones aprendidas en las postrimerías de la Colonia. Lo que quiere decir es que, mientras palpaban esa oscuridad causada por el nuevo y desconocido agente, echaron mano de estrategias y valores que habían permanecido en la memoria colectiva del ámbito de la salud.

* * *

Sobre el autor

Carlos Dáguer es el director de la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI. Comunicador social y periodista, ha sido editor de medios de comunicación y autor de los libros sobre acontecimientos de salud pública *Al derecho y al revés, Vigilantes de la salud* y *Héroes de a pie*.

* * *

Fuentes primarias

AGI, Extracto General de la Expedición Filantrópica de la Vacuna, IG, 1558-A.

AGN, Sección Colonia, Hospitales y Cementerios:SC.31,6,D.20, Fray Juan de Ramos, 1801.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea: SC.39,44,D.28, Ibagué, Tocaima, Honda: medidas evitar propagación epidemia, 1801.

AGN, Sección Colonia, Lazaretos: SC.34,1,D,34.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea: C.39,3,D.17, Informe sobre el flagelo de la viruela y recomendaciones, 1802.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea: SC.39,33,D.13, Órdenes al Cabildo de Santafé evitar contagio viruela, 1801.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea: SC.39,3,D.49, Santafé: bando medidas preventivas contra epidemia viruela, 1801.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea:SC.39,46,D.27, Santafé: medidas sanitarias contra la viruela.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea: SC.39,2,D.52, Documentos emanados del Virrey sobre epidemia viruela, 1802.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea: SC.39,22,D.5, Padrones de personas no afectadas por epidemia viruela, 1801.

AGN, Sección Colonia, Miscelánea: SC.39,58,D.58, Juan Hernández de Alba informa al virrey sobre las medidas preventivas que ha tomado para evitar el contagio de la viruela, folios 1156-1150, 1802.

Bibliografía

Balaguer Perigüell, E. y otros. (2003). *En el nombre de los niños: La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1806).* Monografías de la Asociación Española de Pediatría.

Colmenares, G. (1989). *Relaciones e informes de los gobernantes de la Nueva Granada* (tomo III). Bogotá: Biblioteca Banco Popular, vol. 136.

Dáguer, C. (2018). *Vigilantes de la salud: Un siglo de historia del Instituto Nacional de Salud* Bogotá: INS.

Dáguer, C. y otros. (2019). *Héroes de a pie: voces y memorias de los detectives de la salud y la epidemiología de campo en Colombia*. Bogotá; INS.

García Medina, P. (1918, noviembre y diciembre). La epidemia de gripa. *Revista Médica de Bogotá,* año XXXVI, N.° 436 y 437.

Instituto Nacional de Salud. (2020, abril). *Modelo de transmisión de coronavirus covid-19: Escenarios para Colombia.* Versión 5.

Jori, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana en España durante el siglo XVIII. Una perspectiva geográfica.* Universitat de Barcelona.

Lovell, G.W. & Cook, N.D. (coordinadores). (1999). *Juicios secretos de Dios: Epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial* (J. Gómez, trad.). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Manrique-Abril, F. y otros. (2009, septiembre). La pandemia de gripe de 1918-1919 en Bogotá y Boyacá, 91 años después. *Revista Infectio,* Asociación Colombiana de Infectología, 13(3).

Ministerio de Salud y Protección Social. *Minsalud presenta plan territorial para el control del coronavirus.* https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-presenta-plan-territorial-para-el-control-del-coronavirus.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia entre en fase de mitigación de la COVID-19, https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-entra-en-fase-de-mitigacion-de-la-COVID-19.aspx

Quevedo, E. y otros. (2013). *Historia de la medicina en Colombia: De la práctica liberal a la socialización limitada (1818-1975)* (tomo IV). Bogotá: Tecnoquímicas.

Quevedo, E. y otros. (2008). *Historia de la medicina en Colombia: De la medicina ilustrada a la medicina anatomo-clínica (1782-1865)* (tomo II). Bogotá: Tecnoquímicas.

Rodríguez González, A.L. (1999). *Cofradías, capellanías, epidemias y funerales: Una mirada al tejido social de la Independencia*. Bogotá: Banco de la República / El Áncora Editores.

Ruiz Gómez. (2020, 30 de diciembre). *"Ministro de Salud reflexiona sobre el año de la pandemia"*. El Tiempo.

Silva, R. (2007). *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Virreinato de Nueva Granada: Contribución a un análisis histórico de los procesos de apropiación de modelos culturales.* Medellín: La Carreta Editores.

Villamil, Jiménez y otros. (2020). *Viruela en Colombia: de la Real Expedición Filantrópica al Parque de Vacunación*. Bogotá: Ediciones Unisalle.

VACUNACIÓN, HIGIENE Y AISLAMIENTO: EPIDEMIA DE VIRUELA EN BOGOTÁ A FINALES DEL XIX

Por: Eliana Paola Barragán Murillo*

Resumen:

A través de este texto se analiza una hoja volante que reproduce las medidas adoptadas por la Alcaldía Municipal de Bogotá entre 1895 y 1896 para enfrentar la epidemia de viruela que enfrentaba el municipio por entonces. Tal documento, que forma parte del patrimonio documental que custodia el Archivo General de la Nación, se constituye en evidencia de las continuidades y rupturas que en materia de técnicas y políticas de salud pública se habían implementado para prevenir epidemias en el territorio nacional, en un momento que puede considerarse de transición entre las concepciones miasmática y contagionista y el método bacteriológico, una etapa en la que surge la necesidad de cultivar oficialmente la vacuna antivariólica animal en Colombia.

El 18 de octubre de 1895, a través de oficio, el alcalde municipal de Bogotá, Higinio Cualla, alertó al ministro de Gobierno sobre la presencia de dos casos de viruela en la ciudad, reportados por un par de médicos que señalaron que el primero de estos era mortal. En la misma nota, Cualla informaba que se había dirigido a la Junta Central de Higiene y al vacunador oficial para que se dictaran las medidas correspondientes y, además, consultaba si era *"(…) prudente que se dicte decreto sobre viruela; o si solamente deben dictarse medidas que atiendan a la higiene y salubridad de la población sin alarmar a los habitantes"*[1].

Aunque no se tiene conocimiento de la respuesta del ministro de Gobierno al citado oficio, se supo que ocho días después, el alcalde dictó medidas tanto de higiene y salubridad como de vacunación, para evitar el contagio de viruela, a través del Decreto 35 del 26 de octubre de 1895. Transcurridos pocos meses del aviso al Gobierno nacional y de la expedición del acto administrativo por parte de la municipalidad, el incremento en los casos de viruela era "alarmante" y la situación había sido elevada a epidemia, como se constata en una nota que el alcalde municipal suplente de Bogotá, Arístides Fernández, dirigió al ministro de Gobierno,

* Historiadora de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Archivística por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Vinculada al Archivo General de la Nación desde hace 8 años. Sus campos de interés y experticia son la organización y descripción de archivos históricos y la valoración documental.

1 Cualla, Higinio. Oficio del alcalde municipal de Bogotá al ministro de Gobierno (Bogotá, 18 de octubre de 1895). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 21. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

el 5 de marzo de 1896, mediante la cual informaba que se publicaría por "bando el Decreto sobre aseo y vacunación y será preciso, si continúa la epidemia con los mismos caracteres, organizar un servicio de policía especial para que atienda esta nueva necesidad pública[2].

En consecuencia, fundamentado en que la epidemia de viruela se había incrementado de modo alarmante, el 5 de marzo de 1896, Arístides Fernández emitió una resolución a través de la cual ordenaba nuevamente a los inspectores de Policía provincial y municipal dar estricto cumplimento al Decreto 35 del 26 de octubre de 1895. Y disponía nuevamente la publicación por bando y en hoja volante del citado Decreto, con el propósito de que los habitantes de la ciudad no alegaran ignorancia de las medidas. Además, la resolución estaba respaldada en las cifras del movimiento de enfermos de viruela de febrero y marzo de 1896, que el síndico del Hospital de San Juan de Dios le remitió al alcalde de la ciudad.

Justamente un ejemplar de la hoja volante que contiene la Resolución del 5 de marzo de 1896 y el Decreto 35 del 26 de octubre de 1895 se encuentra entre el patrimonio documental que custodia el Archivo General de la Nación de Colombia, con mayor exactitud en la sección República, en el fondo Ministerio de Gobierno-Sección primera, tomo 50, correspondiente al folio 26. Este documento resulta de interés para la historia de las enfermedades y de la salud pública en Colombia, porque revela información sobre las técnicas y las políticas implementadas para combatir la epidemia de viruela en Bogotá, en un momento que puede considerarse de transición entre las concepciones miasmática y contagionista y el método bacteriológico, una etapa en la que surge la necesidad de cultivar oficialmente la vacuna antivariólica animal en nuestro país.

A partir de lo dispuesto en el Decreto 35 de 1895 para prevenir el contagio de la viruela, contenida en el bando publicado en hoja volante, dirigido a los habitantes de Bogotá, se pueden distinguir tres tipos de medidas: unas de higiene y salubridad, otras de aislamiento de los enfermos y otras en materia de vacunación obligatoria. Con lo cual se observan rupturas y continuidades con las políticas y técnicas que los gobiernos del pasado habían utilizado para combatir epidemias de la misma enfermedad, las cuales vamos a desarrollar a continuación.

Medidas de higiene y salubridad

Por lo menos desde inicios del siglo XIX, la adopción de medidas de higiene y salubridad, para prevenir no solo el contagio de viruela sino de otras enfermedades, era una de las prácticas más habituales entre los gobiernos locales[3] . Lo anterior se fundamentaba en la teoría miasmática, que para la época explicaba el origen de las enfermedades epidémicas. Tal teoría señalaba que "*los miasmas eran vapores deletéreos o efluvios generados en aguas estancadas, excrementos, materias en descomposición o emanaciones del subsuelo (…)*"[4], los cuales recibía la atmosfera y por efecto de la respiración llegaban hasta los humanos generando la enfermedad.

2 Arístides Fernández. Oficio del alcalde municipal suplente de Bogotá al ministro de Gobierno (Bogotá, 5 de marzo de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 21. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

En concordancia con la idea que se tenía sobre el origen de la epidemia, en el artículo 2.º del Decreto 35 de 1895, se ordenó como medida preventiva a los habitantes de Bogotá *"(…) el mayor aseo y limpieza en sus habitaciones; y se les previene que dentro del término de tres días deben proceder a destruir todos los focos de infección que se encuentren en sus predios"*. Para explicar la importancia de esta medida es preciso entender que las viviendas de la mayor parte de los habitantes de la ciudad eran de un solo cuarto, pequeñas, húmedas, con pisos de ladrillo, adobe o tierra pisada, desprovistas de buena ventilación, letrina o de los servicios públicos que hoy en día consideramos como esenciales (agua y alcantarillado), en las que convivían con los animales domésticos y hacían todas sus tareas cotidianas[5], viviendas que por sus características se consideraban terreno fértil para los llamados "miasmas".

El Decreto 35 de 1895 contempla otras medidas de higiene y salubridad, con el mismo objetivo de destruir los focos de infección, pero en los espacios y establecimientos públicos. De forma que en el artículo 3.º estableció que los inspectores de Policía Municipal debían ponerse de acuerdo con el administrador del servicio de aseo para que este se prestara con mayor frecuencia; en el artículo 4.º señaló que establecimientos como carnicerías, pesebreras, velerías, tenerías, etc., no podrían funcionar si no mantenían "escrupuloso aseo" (en especial por las materias que desechaban este tipo de establecimientos); en el artículo 5.º dispuso sacar los cerdos del poblado, por lo menos a una milla de distancia; en el artículo 6.º señaló que el ingeniero municipal repararía las depresiones y daños de las calles de la ciudad (lugares de empozamiento de aguas); por último, en el artículo 7.º instó a los empleados de la Oficina de Inspección de Salubridad a incrementar la vigilancia e impedir la venta de carnes y otros alimentos en descomposición.

Medidas de aislamiento

Las medidas de aislamiento de los enfermos de viruela en instituciones hospitalarias tenían larga data. Según Villamil Jiménez y otros, entre 1780 y 1800 *"el lugar de aislamiento se transformó en una estructura hospitalaria que cumplía con retener a la manera tradicional*

3 De una parte, Andrea Miranda y otros, en su estudio sobre los discursos médicos y la política pública en torno a las epidemias de viruela en Cartagena, sucedidas entre 1822 y 1842, sostienen que la ciudadanía hacía permanentes llamados para adoptar medidas de "conservación del medio cotidiano" (en el que se creía se transmitían muchas enfermedades a través del aire), tales como mantener regulados los establecimientos productores de alimentos y bebidas y el mejoramiento de tres obras públicas de la ciudad. Miranda, Andrea; Pacheco, Berena; Matute, Wacely. (2016). Estragos de la viruela en Cartagena: limitaciones de los discursos médicos y de la política pública, 1822-1842. En: Múnera Cavadía, Alonso y Román Romero, Raúl (eds.). ***La ciudad en tiempos de epidemias. Cartagena durante el siglo XIX e inicios del XX.*** Cartagena de Indias: Editorial Universitaria, p. 36.

De otra parte, en un artículo de investigación, Dayana Lucía Lizcano Herrera señala el "saneamiento" como una de las medidas para enfrentar los brotes de viruela en el Estado Soberano de Santander de 1857, 1871 y 1881, lo que implicaba tareas puntuales como empedrar las calles, construir canales y alcantarillas, construir letrinas y arborizar las vías, limpiar las calles y vías públicas. Lizcano Herrera, Dayana Lucía. (2010, octubre). El temor a una muerte apelmazada: las epidemias de viruela en el Estado Soberano de Santander 1857-1886. ***Revista Temas***, 10(4), p. 27.

4 Restrepo, Estela. (2004). El cólera en la Nueva Granada. En: Márquez, Jorge; Casas, Álvaro; y Estrada, Victoria (eds.). ***Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia.*** Medellín: Universidad Nacional de Colombia sede Medellín p. 53.

5 Sánchez Castañeda, Elías. (2014). La higiene durante el periodo de la Regeneración (1886-1905): *El posicionamiento de los médicos profesionales frente a los empíricos y la población bogotana* (trabajo de grado, Maestría en Historia). Bogotá, D.C.: Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 65-67.

de una cuarentena a los enfermos, pero también a curarlos bajo la supervisión del médico o de alguien con conocimientos médicos"[6]. El aislamiento de los enfermos se sustentaba en otra de las concepciones médicas de la época que explicaba el origen de las enfermedades epidémicas, la teoría contagionista que, formulada por el médico italiano Girolamo Fracastoforo en 1546, atribuía *"la enfermedad a 'semillas' o gérmenes invisibles producidos en el enfermo y transmitidos por contacto directo e indirecto por medio de objetos, o en virtud de influencias inmateriales o fómites"*[7].

Al concebir que la viruela se transmitía por contacto directo con un enfermo, en 1895 lo consecuente fue disponer en Bogotá el traslado de los contagiados al Hospital de los Alisos, como se lee en el artículo 9.º del Decreto 35 de 1895. Si bien en el citado artículo se hacía una excepción, al señalar que podían permanecer en sus viviendas solo los enfermos que tuvieran los recursos necesarios para atender la enfermedad, también señalaba que debían cumplir con las demás disposiciones del Decreto, las cuales contenían otras medidas relacionadas con el aislamiento. De acuerdo con lo anterior, se estableció la demarcación con bandera amarilla de las viviendas con casos de viruela y la condición expresa de que sus moradores no pudieran *"ponerse en contacto con gentes de fuera"* (artículo 8); se dispuso la visita domiciliaria del médico municipal a las personas sospechosas de haber contraído la enfermedad (artículo 10) y la prohibición expresa a los enfermos de salir a la calle antes de que hubiera desaparecido por completo el estado de descamación (artículo 13).

La idea de que la viruela se transmitía también por el contacto indirecto a través de objetos o influencias inmateriales llevó a que en el Decreto 35 de 1895 se establecieran medidas como la separación, desinfección o quema de los vestidos, ropa de cama y otros objetos que hubieran estado en contacto con los enfermos, así como la prohibición de lavar las ropas de los enfermos en lavaderos públicos (artículo 12). En ese mismo sentido y para prevenir contagios, se dictaron algunas determinaciones que indicaban como actuar ante la muerte de un enfermo, tales como: dar aviso a la Alcaldía sobre la muerte de un virolento para hacer trasladar su cadáver al lugar de inhumación (artículo 14), la prohibición de hacer exequias de cuerpo presente a los fallecidos por viruela (artículo 15) y se autorizó la ocupación de las casas o tiendas en que hubiera muerto un virolento tras seis meses de ocurrida la defunción bajo las precauciones higiénicas del caso (artículo 16).

Vacunación obligatoria

La vacunación obligatoria decretada en Bogotá como medida de prevención del contagio de la viruela, a través del artículo 1.º del Decreto 35 de 1895, se puede considerar un punto de inflexión en las políticas y prácticas para enfrentar las epidemias de viruela, porque si bien en otras epidemias se había hablado de "vacunación", en Bogotá se constituye en obligatoria y da el impulso para que el Gobierno nacional promoviera el cultivo oficial de la vacuna animal. Pero antes de llegar a este punto es importante hacer un sucinto recuento de las prácticas similares utilizadas en el pasado.

6 Villamil Jiménez, Luis Carlos; Sotomayor Tribín, Hugo; y Esparza, José. (2020). Viruela en Colombia: de la Real Expedición Filantrópica al Parque de Vacunación. Bogotá: Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina, Universidad de La Salle, p. 35.
7 Restrepo. Op. cit., p. 54.

La idea de prevenir la aparición de una enfermedad introduciendo en el cuerpo el contagio ha estado particularmente asociada a la viruela. En la Nueva Granada durante la epidemia de 1782, el virrey Caballero y Góngora promovió la variolización, una técnica practicada inicialmente en Asia y conocida en Europa a comienzos del siglo XVIII[8]. Consistía en introducir (inocular) la materia de las pústulas de un enfermo de viruela en una incisión o punción en la piel de una persona sana que, posteriormente, sufría una infección . La variolización dio paso a la vacunación administrando el virus de la viruela vacuna (cowpox) a las personas, con lo cual se evitaba el contagio de la viruela humana. La vacunación fue posible gracias a las observaciones del médico naturalista inglés Edward Jenner quien estableció una relación entre el cowpox y los efectos que generaba en las personas:

> *Durante sus recorridos por la región de Berkeley, el médico relacionó la manera en que los trabajadores rurales, en especial las mujeres encargadas del ordeño, adquirían este virus —enfermedad caracterizada por la aparición de pústulas irregulares de color azul pálido en las ubres de las vacas—, pero también la resistencia a la viruela de los humanos*[10] .

En 1798 Jenner publicó su estudio sobre la vacuna, titulado An Inquiry into de causes and effects of the variola vaccinia, en el que anunció "*haber obtenido buenos resultados mediante la vacunación experimental con 'pus de vacuna'*"[11] . Sin embargo, transcurrieron algunos años hasta que en 1804 la vacuna llegó a la Nueva Granada, a través de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, una empresa que el rey Carlos IV emprendió para llevarla desde España a sus territorios de ultramar. La vacuna se trajo activa en un grupo de 22 niños que por inoculaciones sucesivas brazo a brazo conservaron el fluido vacuno activo[12]. La Expedición también se propuso organizar juntas de vacunación que no solo tuvieran la función de vacunar sino también de garantizar la conservación del fluido vacuno en sus territorios[13].

Ante la imposibilidad de encontrar el cowpox en América a pesar de los intentos hechos[14], durante la mayor parte del siglo XIX, Colombia no tuvo más opción que importarlo desde Europa, aun cuando por efectos de las distancias y las condiciones de transporte, en ocasiones llegara inactivo, lo que significó que no se dispusiera de cantidades suficientes para inmunizar a un número significativo de la población. De tal forma que, a finales del siglo XIX, ante la evidente necesidad de contar con las vacunas necesarias para enfrentar epidemias como la que inició en Bogotá en 1895, el Gobierno nacional dio sus primeros pasos para iniciar el cultivo oficial de la vacuna animal.

La técnica de cultivo de la vacuna en animales se había difundido en Europa después de la segunda mitad del siglo XIX y consistía en inocular el virus de la viruela vacuna (cowpox) en terneras sanas, para posteriormente extraer la pulpa de las áreas inoculadas —base para

8 Villamil Jiménez, Luis Carlos; Sotomayor Tribín, Hugo y Esparza, José. Op. Cit., p. 30.
9 Lizcano Herrera, Dayana Lucía. Op. Cit., p. 28.
10 Villamil Jiménez, Luis Carlos; Sotomayor Tribín, Hugo y Esparza, José. Op. Cit., pp. 70 y 71.
11 Baquero, Hernando. (1993). La expedición de la vacuna. En: Acta Médica Colombiana., 18(1), 25.
12 Baquero, Hernando. Op. Cit., p. 25.
13 Villamil Jiménez, Luis Carlos; Sotomayor Tribín, Hugo y Esparza, José. Op. Cit., p. 39.

la producción de las vacunas—. En Colombia el gobierno le asignó la función de cultivar la vacuna animal al Instituto Carrasquilla, una institución médica creada por el Decreto 544 del 11 de diciembre de 1895. Así pues, relata Juan de Dios Carrasquilla, como director del Instituto, el proceso de producción de la vacuna:

> *La evolución de la vacuna en las terneras se hace en cinco días contados desde el [día] en que se practica la inoculación; no puede, pues haber vacuna sino después de hecha la inoculación y que el cow-pox se haya conservado sin alterar para que recorra sus fases*[15].

El Instituto Carrasquilla proveyó al ministerio de Gobierno hasta finales de 1896 de las vacunas, para hacer frente a la epidemia de viruela que por entonces aquejaba a Bogotá y a otros municipios del país. El Instituto Carrasquilla fue sustituido en su función por el Parque de Vacunación, debido a la imposibilidad para producir esta vacuna en las cantidades que exigían las circunstancias. Con el Parque de Vacunación se logró incrementar las cantidades de vacuna y mejorar su calidad.

La medida de vacunación obligatoria que se decretó para hacerle frente a la epidemia de viruela en Bogotá, y que inició en 1895, con la vacuna animal cultivada en el Instituto Carrasquilla y en el Parque de Vacunación, arrojó buenos resultados, pues, de acuerdo con los informes remitidos por el alcalde de Bogotá, Higinio Cualla, al ministerio de Gobierno, entre los meses de junio y julio de 1896, se habrían logrado vacunar 48.026 personas[16] de los casi 78.000 habitantes que se estima tendría la ciudad para la época[17] (lo cual representaba más de la mitad de la población). No obstante, la epidemia no dio tregua y las solicitudes de vacunas en lo sucesivo fueron permanentes al ministerio de Gobierno. A juzgar por un oficio que el alcalde de Bogotá remite al ministro de Gobierno, el 30 de septiembre de 1897, aún persistían los problemas con el suministro de la vacuna, ya que en el documento se supedita el logro de la vacunación de la totalidad de los habitantes del municipio al suministro de las vacunas:

> *Puedo garantizar a S.S. que si se suministra el virus suficiente y la policía obra con la actividad que requieren las circunstancias, dentro del término de un mes*

14 "La búsqueda de casos autóctonos de cowpox en el continente americano se intentó en diversas oportunidades, pero fue infructuosa, debido a que los reservorios naturales del virus son ciertos roedores (Clethrionomys glareolus y Apodemus sylvaticus) presentes en algunos países de Europa. Dichos roedores transmiten el virus a las vacas de forma ocasional, por lo anterior el agente del cowpox no existía en las Américas" En: Villamil Jiménez, Luis Carlos; Sotomayor Tribín, Hugo y Esparza, José. Op. Cit., p. 35.

15 Carrasquilla, Juan de Dios. Oficio del director del Instituto Carrasquilla al ministro de Gobierno (Bogotá, 10 de abril de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 803. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

16 El alcalde municipal de Bogotá reportó 24.013 personas vacunadas; el inspector de Policía de la sección 1ª La Catedral informó de 8.037; el inspector 5º de Policía Municipal de Bogotá, 519; el de la sección 4ª de la Policía Municipal, 2.092; el de la sección 2ª (Barrio de Las Aguas) de la Policía de la Provincia de Bogotá reportó 1.558; el inspector 2º (Barrio Las Nieves) de la Policía Municipal de Bogotá, 3.523; el inspector 3º de la Policía Municipal de Bogotá, 3.780; el inspector 1º de la Policía Provincial de Bogotá, 2.500; y el médico municipal, 2.004 individuos vacunados.

17 Esta cifra corresponde al año 1898. Tomada de la Nueva geografía de Colombia escrita por regiones naturales de Francisco Javier Vergara y Velasco. Rey Hernández, Pilar Adriana. (2010). Bogotá 1890-1910: población y transformaciones urbanas. En: Territorios, 23, 16.

estarán vacunados todos los habitantes de la ciudad[18].

En suma, las medidas de higiene y salubridad, así como las de aislamiento de los enfermos que fueron decretadas por el gobierno municipal de Bogotá para enfrentar la epidemia de viruela que empezó en 1895, se correspondían con las teorías sobre las formas de propagación de este tipo de enfermedades que se tenían en la época, es decir, con la miasmática y la contagionista. Por su parte, la medida de vacunación obligatoria y la producción de la vacuna antivariólica animal para evitar el contagio de la enfermedad fueron medidas que transitan hacia el método bacteriológico, en el cual se estudian los microorganismos como agentes causantes de las enfermedades.

Fuentes primarias

Arístides Fernández. Oficio del alcalde municipal suplente de Bogotá al ministro de Gobierno (Bogotá, 5 de marzo de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 21. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Arístides Fernández. Resolución Alcaldía de Bogotá (Bogotá, 5 de marzo de 1896). Impreso. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 26. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Carrasquilla, Juan de Dios. Oficio del director del Instituto Carrasquilla al ministro de Gobierno (Bogotá, 10 de abril de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 803. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Cualla, Higinio. Oficio del alcalde municipal de Bogotá al ministro de Gobierno (Bogotá, 18 de octubre de 1895). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 21. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Cualla, Higinio. Oficio del alcalde Municipal de Bogotá al ministro de Gobierno (Bogotá, 30 de septiembre de 1897). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 102. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Cualla, Higinio. Oficio del alcalde municipal de Bogotá al ministro de Gobierno (Bogotá, 9 de junio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 28. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Inspector 1.º de la Policía Provincial de Bogotá al alcalde municipal (Bogotá, 06 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 44. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

18 Cualla, Higinio. Oficio del Alcalde Municipal de Bogotá al Ministro de Gobierno (Bogotá, 30 de septiembre de 1897). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 102. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Inspector 2.º (Barrio Las Nieves) de la Policía Municipal de Bogotá al alcalde municipal (Bogotá, 04 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 42. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Inspector 3.º de la Policía Municipal de Bogotá al alcalde municipal (Bogotá, 06 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 43. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Inspector 5.º de Policía Municipal de Bogotá al alcalde municipal de Bogotá (Bogotá, 01 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 34. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Inspector de la Sección 2.ª (Barrio de Las Aguas) de la Policía de la Provincia de Bogotá al alcalde del municipio (Bogotá, 04 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 36. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Inspector de la sección 4.ª de la Policía Municipal al alcalde municipal de Bogotá (Bogotá, 04 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 35. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Inspector de Policía de la Sección 1.ª (La Catedral) al alcalde municipal de Bogotá (Bogotá, 06 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, fols. 29 y 45. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Informe del Médico Municipal de Bogotá al alcalde municipal de Bogotá (Bogotá, 08 de julio de 1896). Oficio manuscrito. Sección República. Ministerio de Gobierno – sección primera, t. 50, f. 46. Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá.

Fuentes secundarias

Baquero, Hernando. (1993). La expedición de la vacuna. *Acta Médica Colombiana*, 18(1), 24-27.

Lizcano Herrera, Dayana Lucía. (2010, octubre). El temor a una muerte apelmazada: las epidemias de viruela en el Estado Soberano de Santander 1857-1886. *Revista Temas,* 10(4), 21-30.

Miranda, Andrea; Pacheco, Berena; Matute, Wacely. (2016). Estragos de la viruela en Cartagena: limitaciones de los discursos médicos y de la política pública, 1822-1842. En: A. Múnera Cavadía y R. Román Romero (eds.), *La ciudad en tiempos de epidemias. Cartagena durante el siglo XIX e inicios del XX* (p. 208). Cartagena de Indias: Editorial Universitaria.

Restrepo, Estela. (2004). El cólera en la Nueva Granada. En: Márquez, Jorge; Casas, Álvaro; y Estrada, Victoria (eds.), *Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia (p. 234).* Medellín: Universidad Nacional de Colombia sede Medellín.

Rey Hernández, Pilar Adriana. (2010). Bogotá 1890-1910: población y transformaciones urbanas. En: Territorios, 23, 13-32.

Sánchez Castañeda, Elías. (2014). La higiene durante el periodo de la Regeneración (1886-1905): El posicionamiento de los médicos profesionales frente a los empíricos y la población bogotana (trabajo de grado Maestría en Historia). Bogotá, D.C.: Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana.

Villamil Jiménez, Luis Carlos; Sotomayor Tribín, Hugo; y Esparza, José. (2020). *Viruela en Colombia: de la Real Expedición Filantrópica al Parque de Vacunación*. Bogotá: Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina, Universidad de La Sal

PANDEMIA O PESTES DEL ANTROPOCENO

NUEVAS FORMAS DE CONVIVENCIA AMBIENTAL LOCAL EN UN MUNICIPIO DEL TOLIMA

Por: Mario Ávila Olmos[1]

La gripe española en el Tolima en 1918

La epidemia de gripe española llegó a Colombia en 1918. En octubre aparece en el Tolima donde las actividades económicas, sociales, educativas y religiosas se paralizaron. A fines de ese mes en Ibagué se registraban 204 contagiados en el cuartel del regimiento Sucre, 25 más en el cuartel de la policía del departamento, aparte de los casos ocurridos de particulares en casas de familia.

>> Calle del comercio de Ibagué. Fotografía tomada de la página de Facebook Fotografías antiguas y personajes del Tolima. (s.f). https://m.facebook.com/FotografiasAntiguasYPersonajesDelTolima/? tn =%2Cg

1 Filósofo, Universidad de la Salle. Pasante Instituto de Idiomas de Pekín. Magíster en Comunicación Educación, Universidad Distrital. mario19avila@hotmail.com

La Gobernación del Tolima a través de la secretaría de Hacienda, por Decreto 209, crea una Junta de Sanidad y Socorro para atender a los enfermos pobres de solemnidad que serán atacados durante la epidemia de gripe.

La Junta debía visitar los barrios reportar a diario los individuos atacados por la epidemia, solicitar un local adecuado e higiénico para aislarlos, formular recetas para la curación, seguir el curso de la enfermedad y promover su aislamiento con el fin de evitar la propagación del mal.

Ante la epidemia que se extendía por otros municipios, el gobierno departamental actúa y el 22 de noviembre de 1918 envía al municipio del Líbano cincuenta pesos para atender las necesidades de la epidemia (Gobernación del Tolima, 1918).

El 26 de diciembre se recibe un auxilio de 30 pesos para los enfermos menesterosos de Santa Isabel atacados por gripe. Y en febrero de 1919, se entrega un auxilio para los enfermos de viruela del Fresno por 40 pesos, según el Decreto 121 de 1919.

Venadillo en la epidemia de 1918

La gripe española apareció en octubre de 1918 y se sostuvo hasta diciembre del mismo año en un único pico hasta su final. En el caso de Venadillo, se intentó consultar el libro de defunciones de 1918 y años posteriores del archivo parroquial, pero no fue posible por el grave estado de los documentos, que requieren ser copiados. Los archivos locales como el del municipio y el del Concejo han sido vendidos como papel para el reciclaje. El archivo de la parroquia es único y valioso, pues tiene libros de defunciones y nacimientos, entre otros, desde 1844.

Los síntomas más comunes de la gripe española era dolor de cabeza intenso, neuralgias, fiebre alta de cuarenta grados, postración, escalofríos, dolor de espalda, dolor al toser, astenia cardiaca e hipotensión arterial. Los tratamientos que daban mejores resultados eran quinina, aspirina, tónicos de cafeína digital, tolú, coca, codeína, eucaliptus, paregórico, ampolletas de ergotina y aplicación de ventosas e inyecciones intramusculares de aceite alcanforado en la mañana y en la tarde.

La población de Venadillo en el año 1918 era de 5.455 personas, 2.711 mujeres y 2.744 hombres viviendo en aproximadamente 1.000 casas, construidas en bahareque y tierra pisada, con techos de palma de murrapo y teja de barro. Era común en los hogares tolimenses unas condiciones higiénicas deplorables como escasez de agua, falta de alcantarillas, de hospitales y de casas de aislamiento.

Es de lamentar que en el Tolima no hubiera una población con alcantarillado completo. En cuanto a acueductos, solo Honda e Ibagué los tenían en tubería de hierro. Los demás municipios conducían las aguas por zanjas abiertas que recibían las impurezas del suelo que arrastran las aguas lluvias (Informe del Gobernador del Tolima, 1918).

>> Fuente:
https://m.facebook.com/FotografiasAntiguasYPersonajesDelTolima/?locale2=es_LA

La acequia por la carrera quinta de Venadillo fue construida con dineros del municipio en 1887 por la suma de 250 pesos por el maestro Norberto Cervera. La gente desde las tres de la mañana se bañaba y aprovisionaba de agua. En 1948 es construida la primera red de alcantarillado y al año siguiente el acueducto. En plena República se necesitaron más de cien años para tener agua corriente en las casas.

Las estufas se trabajaban con carbón de leña y las mujeres ocupaban la mayor parte del día en tareas como cocinar, lavar, coser y limpiar la casa. En el informe anual del secretario de Gobierno al Gobernador del Tolima referente al cementerio local dice: *"Las emanaciones pútridas de los cadáveres son conducidas por el viento a la parte poblada. La Junta central de higiene ha enviado circular e instrucciones al señor alcalde de Venadillo"* (Informe del Gobernador del Tolima, 1918, 41).

La gente se bañaba en el río Venadillo y las quebradas de Galapo, Manura y Lechura. Salían de caza con perros y escopetas de fisto, de avancarga buscando *odocoileus virtginianus,* dantas, borugas, cafuches, patos, pavos y aves.

Los viajes eran a pie y a caballo. Para ir a Ibagué se necesitaban dos días, el primer día se llegaba a Cerco de Piedra o Leticia. Las casas de reposo en el camino eran Ventaquemada, El Salado, Cerco de Piedra y Los Pérez. Los puentes eran de madera de guayacán y las bases eran muros de calicanto con tejas de zinc. Estos puentes los instalaban los presidiarios. El puente sobre el río Totare era de hierro y madera con una resistencia de mil kilogramos por metro lineal. Las barandas metálicas se pagaron a un dólar el pie. Traído de Nueva York, casa Watson, patente de Pons.

Para la conservación de los postes del telégrafo se ponía un vigilante cada diez kilómetros. La oficina telegráfica de Venadillo era de primera clase; tenía telegrafista, ayudante y cartero. El correo lo llevaba una posta a pie. Una línea salía de Ibagué el jueves a las once de la mañana, llegaba a Caldas ese día a las cuatro de la tarde, salía de Caldas a las cinco de la tarde y llegaba a Venadillo el viernes a las ocho de la mañana. Se cobraba por el peso de la carta: de diez gramos, cinco centavos; de once a quince gramos, diez centavos; y de dieciséis a veinte gramos, se cobraba quince centavos.

A comienzos de 1920 se termina el ferrocarril Ambalema - Ibagué que cruza la estación Palmarrosa, corregimiento de Venadillo, a cinco kilómetros del casco urbano. Al término de 1920, se inauguran 43 kilómetros de carretera para automotores de Ibagué a Caldas. En 1933 la carretera llega a Venadillo y se inaugura el puente de Aguablanca. Al año siguiente se construye el puente sobre el río Recio y sigue la carretera al norte.

La pandemia de Covid-19 en Venadillo en 2020

El 24 de noviembre de 2020 llega Venadillo a 93 contagios de covid-19: 4 activos, 82 recuperados y 7 fallecidos. Para noviembre de 2021, se contaron 486 contagiados y 33 fallecidos. La mayoría de estas personas no cumplían con medidas sanitarias básicas por indisciplina social y cultural. Otros no usan el tapabocas y cuando lo usan, lo hacen a manera de *foular* o adorno al cuello; se lo quitan ora para hablar ora para comer. De los contagiados, ninguno había recibido la vacuna de influenza ni dosis adicionales de vitaminas C y D. Los contagios se explican por los encuentros sociales mediados por la cerveza, los fines de semana la música estridente y los gritos colman los bares del parque principal hasta la medianoche.

Los habitantes sobre la variante donde pasan carros día y noche fueron de los más afectados al comienzo de la pandemia. Al mismo tiempo se desataron otras dos epidemias, la de los obesos y la de la pobreza oculta. Los obesos aparecieron por la ausencia de educación en salud y autodisciplina individual. Como no hubo comunicación de datos entre la administración local y los habitantes, estos por rumores y por las redes sociales recurrían a uno y otro medicamento, por oleadas adquirían azitromicina, ivermectina, aspirineta Bayer, dexametasona ampollas, Vick Vaporub pomada y moringa, entre otros productos.

El hospital local mejoró su atención. Al mes vienen varios especialistas del hospital regional del Líbano. No hubo recursos del municipio para aliviar el hambre; la Gobernación envió unos pocos mercados. Los abusos de las empresas de servicios públicos durante el cierre siguieron igual que en el pasado, a pesar de los anuncios del gobierno.

Posibles nuevas formas de convivencia local ambiental frente al cambio climático, la contaminación y la pandemia

En la historia ambiental del municipio hubo tres momentos críticos. Primero, la colonización española, que trajo la siembra de pastos para el ganado y se reemplazaron bosques por caña de azúcar, bananos, mangos, tamarindos, naranjas, limones y arroz. Segundo, la colonización antioqueña y cundiboyacense a fines del siglo XIX y en las primeras

décadas del siglo XX con nuevos colonos de Ibagué, Piedras y Ambalema, según consultas en el archivo parroquial local. Estos arrasaron la zona de cordillera mediante el sistema de roza y quema para siembra de café y pastos, guaquería y explotación de minas de oro por un tiempo, que luego abandonaban.

Tercero, la navegación por el río Magdalena entre fines del siglo XIX y hasta la década de 1930 desertificó la región comprendida entre Vile, Limones y Palmarrosa por el aprovisionamiento de maderas secas que los campesinos vendían para las calderas de los vapores que transitaban de Neiva a Honda, 15 cada día.

En la actualidad, la deforestación afecta el ciclo del agua, las aguas de superficie, las aguas subterráneas y el hábitat de decenas de especies, que hacen la vida imposible por las altas temperaturas y la desertificación.

En la región se están presentando temperaturas extremas. En agosto de 2019 Venadillo alcanzo los 38 grados; Armero Guayabal, 36 grados; y Jerusalén, en Cundinamarca al otro lado del río Magdalena, los 42 grados.

En los primeros años de la década de 1960 en el río La China, cruzando la carretera a Ibagué, se arrojaban los jóvenes en clavados al agua cuando esta tenía una profundidad media de tres a cuatro metros; hoy en día esa profundidad no llega a los treinta centímetros. El uso del suelo mejora al plantar especies nativas como guayacán, cedro, nogal, cumula, igual y otros. También, se puede volver al humus y a semillas tradicionales, e iniciar la reproducción del *Odocoileus virtginianus* o venado, fauna nativa a partir de la protección y sostenibilidad de la especie, concientizando a la comunidad para la protección de dichos animales que se encuentran en vía de extinción.

No hacer productivo el campo ni sembrar arboles nativos es negar el crecimiento a la economía local. No se cuenta con carreteras adecuadas para el mercadeo en la zona rural y por el sistema de placa huella se han construido menos de siete kilómetros. Tampoco se tiene agua corriente, alcantarillado, ni pozos sépticos en la zona veredal dispersa. Los recursos orientados a la compra de terrenos para preservar las fuentes de agua que surten el acueducto municipal no se cumplen; se debería invertir el 1% del presupuesto anual municipal en este rubro, porque preservando el bosque en galería se mantiene un buen surtido de agua.

Una reforma ambiental municipal comenzando con una siembra masiva de árboles nativos sería equivalente a una reforma agraria local. En el momento, los daños ambientales cuestan mucho más que la guerra civil que se sostiene.

>> Fotografía del autor.

A comienzos de octubre de 2021, a la entrada del pueblo se hizo una tala de árboles de gran tamaño que provocó gran conmoción en la comunidad. En noviembre de 2008, en la zona rural cordillerana, 187 familias quedaron damnificadas, pues sus viviendas fueron destruidas por derrumbes de tierra ocasionados por las fuertes lluvias. Llovió 52 horas seguidas, la tierra de ladera se ablandó y ocurrieron deslizamientos.

En 2015, por el fenómeno de El Niño durante julio y agosto, las cuencas hídricas de los ríos Totare y Recio mermaron significativamente su caudal. Esta reducción se calculó en un 80%. En julio de 2015, el caracol gigante africano hizo apareció en el barrio Turmaná y en la finca Boluga. El caracol es un vector de enfermedades que ocasiona daños ecológicos y afecta la salud pública.

>> Recolección de caracoles, imagen compartida por el coordinador de la defensa civil de Venadill

Asimismo, vientos de más de 80 kilómetros por hora han afectado cultivos y viviendas. En 2006, resultan 82 viviendas destechadas; en el 2019, 10; y en el 2020, 25 , según informe del coordinador de la Defensa Civil de Venadillo en 2021.

>> Inundaciones de 2020, imagen compartida por el coordinador de la Defensa Civil de Venadill

Todo se le apunta a la burocracia para que mejore la situación cada cuatro años, pero la burocracia es letal. Easterly (2015) anota que las naciones se enriquecen con la producción y el mercadeo y se empobrecen creando burocracias. La burocracia no sabe convertir el presupuesto en servicios esenciales para los más necesitados, ni mucho menos idear proyectos para potenciar el desarrollo económico.

En este momento la empresa de servicios públicos paga para que se lleven la basura a el relleno sanitario La Miel de Ibagué, aun cuando en el municipio se puede reciclar. De los desechos agrícolas como la cáscara de arroz que abunda en el municipio es posible obtener energía eléctrica. El manejo de basuras y desechos agropecuarios es esencial para frenar el cambio climático.

Es posible crear una nueva cultura de procesos industriales en un nuevo marco de desarrollo sostenible. El municipio de Venadillo en la década de 1930 fue conocido como el pueblo de las trilladoras de café en el departamento y más tarde en los años de 1940 y 1950, Alvarado y Venadillo abastecían de arroz a la Costa, Bogotá y Girardot.

Aunque muchos no lo crean estamos viviendo el final del consumismo y el despilfarro en un contexto de contaminación y cambio climático (Giraldo, 2020).

Bibliografía

Easterly, D. (2015). La carga del hombre blanco. Barcelona: Penguin Random House.

Giraldo, O. & Toro, I. (2020). Afectividad ambiental. México: Universidad Veracruzana.

Gobernación del Tolima. (1918, octubre - diciembre). Registro oficial del órgano de la Gobernación, N.° 577, año 20, p. 4864.

Informe del Gobernador del Tolima. (1918). Informe a la asamblea en las sesiones de 1918. Ibagué: Imprenta Departamental.

Informe del director de instrucción pública. (1919). Informe al gobernador del Tolima. 1919. Ibagué: Imprenta Departamental.

LA EPIDEMIA DEL CASANARE EN 1664

Por: Felcer Dueñas Vallejo[1]

Textos históricos de diversas fuentes documentales refieren que la reducción de la población indígena en América se dio en su mayor porcentaje por las enfermedades que les transmitieron los conquistadores y posteriormente los colonizadores. Estas diezmaron de manera significativa la población aborigen del nuevo mundo.

Alrededor de esta situación, existe historias ciertas, que despiertan una sensación de tristeza infinita, que conmueven las fibras de la sensibilidad y de la bondad humana. Por ejemplo, la meritoria y magnánima labor de un religioso español, defensor de los derechos de los indígenas en los inicios de la colonización de América, la del padre Fray Bartolomé de las Casas, dada su abnegación y entrega, exigiendo en su lucha solitaria un trato digno. Era consciente de que no estaban en condición de responder a las esforzadas tareas y menos a resistir las enfermedades, que sin control alguno se propagaban como epidemias letales, en esos primeros tiempos de la colonización española.

Conocemos también la labor de Pedro Claver, el santo de los esclavos africanos en el territorio del Nuevo Reino de Granada. Ellos, como ningún otro, dejaron testimonio de esa situación desastrosa de las enfermedades y epidemias. Los estragos que causaban al encontrar una población debilitada por el esfuerzo físico, mal alimentada, en condiciones de hacinamiento y sin la atención mínima, en su condición de seres humanos.

Muy a pesar de estas historias conocidas, siempre miramos de soslayo estos acontecimientos. El tema de las epidemias antes de hoy no había merecido un capítulo especial. Lejos estábamos de pensar en que volveríamos a padecer alguna. Más aún después de sobreponernos a la época medieval, los años del oscurantismo. En el siglo del vertiginoso avance de la ciencia, la medicina y la tecnología, dábamos por superadas estas situaciones. La gripe española de comienzos del siglo XX era apenas un registro histórico, y nos sentíamos inmunes a cualquier pandemia. Sin embargo, llegó el día menos pensado.

1 Nacido en Paz de Ariporo (Moreno), Casanare. A los catorce años gana su primer concurso de cuento y se inicia como compositor y declamador de poemas llaneros. Escritor de poesía lirica y costumbrista. Autor del blog "Historias del Casanare", con el que busca visibilizar la región de los llanos de Colombia.

El confinamiento tan prolongado me llevó personalmente a la meditación, a la indagación sobre las enfermedades de carácter global y con alto índice de contagio. Investigaciones casi obligatorias para entender un poco más la realidad que estábamos viviendo fueron una luz en medio de esa pesarosa penumbra, que cada vez se oscurecía más y solo parecía disiparse por pequeños espacios de tiempo y volvía con más fiereza, dolor y muerte.

Los medios de comunicación nos dieron a conocer el brote del virus del covid-19. Paulatinamente, su avance fue transmitido como una prueba de ciclismo, etapa por etapa y como progresaba de un territorio a otro sin control.

Tardó un poco en llegar a sitios apartados de las grandes urbes, como las regiones rurales. Allí donde tampoco llegan la energía eléctrica, el agua potable, la dotación a las escuelas, las vías y el desarrollo, el virus parece que tampoco quiso asomarse mucho por esos parajes. Quizá porque en esos sitios, solo Dios se acuerda verdaderamente, de estas nobles gentes, pero con tardanza. Aun así el virus no dejó rincón sin visitar.

Cuando la pandemia alcanzó la mayoría de los países suramericanos, Colombia se destacó tristemente por un vertiginoso avance y crecimiento de contagios con resultados trágicos. Presenciamos las muertes de vecinos del barrio, de artistas reconocidos en el país, de políticos y toda clase de ciudadanos que sin entender razón no resistían los embates de tan desconocido mal.

Un segundo impulso me llevó a indagar sobre las epidemias que ocurrieron en épocas muy antiguas y especialmente las que se referían a la extinción de la mayoría de los pueblos indígenas del nuevo mundo. Las particularidades de la pandemia actual me permitieron establecer una similitud con las epidemias en el territorio en la época colonial. Como casanareño y dada la valiosa documentación que existe sobre la colonización y evangelización del territorio de la provincia de Casanare, me propuse desempolvar esos episodios.

El territorio de mi interés, los llanos del Casanare, fue en la época del Nuevo Reino de Granada y más tarde la provincia del Casanare una entidad administrativa y territorial del virreinato de la Nueva Granada, que comprendía el territorio desde el río Arauca al norte, hasta los límites con San Martín por el sur, abarcando lo que hoy son los departamentos de Casanare, Arauca y parte del Meta.

Los casanareños tenemos el privilegio de contar con un abundante volumen de archivos de la historiografía jesuita, que puede ser contrastada con los manuscritos y documentos del Archivo General de la Nación de Colombia, además de la salvaguardada en el Archivo General de Indias en España. Pero infortunadamente nuestra historia conocida se limitaba, hasta hace muy poco, a la oralidad, los cantos y los poemas costumbristas llaneros.

Un episodio relacionado con las primeras epidemias en época de colonización del territorio casanareño lo relata el padre Juan Rivero en su libro *Historia de las misiones de Casanare* (capítulo XIII) donde describe con crudeza los padecimientos y el vertiginoso contagio entre la población aborigen. Los estragos fueron muy lamentables en gran parte del territorio.

Por esa época, Casanare se encontraba bajo la gobernación del encomendero Adrián de Vargas, con sede de gobierno en Santiago de las Atalayas y del cual se sabe fue fundador de varios poblados seculares que tenemos en la actualidad como Pore y otros desaparecidos como Chire. Por otro lado, los misioneros jesuitas fundaban poblaciones que se llamaron reducciones o doctrinas en el caso de la doctrina de Tamara y la de Pauto (Manare) y de reducciones como San Salvador de Casanare, El Pilar de Patute, Nuestra Señora de Tame, San Javier de Macaguane, Caquetios de Pauto, San Ignacio de Curama, Chiricoa de Ariporo, San José de Aritagua y San Joaquín de Onocutare.

Estas fundaciones se dieron entre 1661 y 1665 y su principal objetivo era "civilizar y evangelizar a los salvajes" de la región de los Llanos. A la par de esta tarea, se establecieron prósperas haciendas, que transformaron las extensas sabanas en grandes hatos ganaderos Uno de estos poblados indígenas de mitad del siglo XVII se llamó San Ignacio de Macaguane, en lo que hoy es el territorio del departamento de Arauca, pero en aquella época hacia parte de las llanuras del Casanare. Esta población de ranchos de palma y vara en tierra, fue una de las que más sufrió los rigores de una epidemia, que también se propagó por todos los recién fundados asentamientos de indígenas.

El episodio tiene lugar a los pocos meses de su fundación, entre los años 1661 y 1665. Existen relatos que describen de manera clara el tipo de epidemia, su vertiginoso contagio y devastadora mortalidad, ya que en pocos días cobro la vida del 60% de sus habitantes, en una situación tan desconcertante que es narrada por el padre Juan Rivero en el capítulo XIII de su libro de la siguiente manera:

> *"Son a la verdad incomprensibles los juicios de Dios, e ininvestigables sus caminos, con que lo gobierna todo, pues cuando parece que la divina omnipotencia había de pasar de una parte a otra los montes y multiplicar milagros, para confirma a estos pobres indios en su resolución de poblarse y dejar sus tierras en que idolatran, los quiso probar de una manera que pudiera hacer vacilar a los más firmes y más arraigados en la fe, con enfermedades tan frecuentes y peligrosas, y con tantas muertes, que parecía que más bien habían venido a morir a Macaguane que ha poblarse y vivir. Muy poco fue lo que les duró a los padres aquel singular contento y alegría que habían tenido poco antes de la salida de los 450 Airicos. sucedió a su contento lo que sucede a las flores que repartiendo alegría y perfume y alegrando por la mañana los prados con su hermosura y gallardía, se ven marchitar por la tarde con el huracán y el estío".*

Después de arduos trabajos habían logrado reunir a 450 indígenas en el mencionado sitio y comenzaban a desarrollar las actividades propias de una nueva vida. Actividades que comprendían en primera instancia la cristianización, la educación, la cultura y las artes, pero también el trabajo en las incipientes haciendas ganaderas que se proyectaban en el amplio territorio de los Llanos. En estas, estaban cuando los sorprende una epidemia terrible, que continua el autor describiendo en los siguientes términos:

> *"Sobrevinoles una disentería de tan malignas cualidades, que hizo no solo estragos en los Airicos de Macaguane, sino en los demás pueblos y naciones: vino esta enfermedad de Tocaría a la población de Pauto* ***(Manare)*** *de Aquí paso a Casanare* ***(Puerto de San Salvador)*** *después al pueblo de Tame de donde pasó por ultimo a la reducción de Macaguane y Airicos y por cierto que causaba compasión al ver esta miserable gente por ese tiempo en tan horrible desamparo; cada caney o casa parecía un hospital más bien que casa o habitación sin más amparos o medicinas que la Divina Providencia, que los dejaba morir entre dolores cruelísimos de las entrañas, para su secretos fines" Fue tan excesiva la epidemia, que en el espacio de dos meses murieron más de trescientos (300) indios* ***(solo en Macaguane)*** *Como eran tantos los enfermos, era notable el desamparo, sin haber padres para hijos, ni hijos para padres, impedido cada uno con su propia dolencia y aunque quisieran atenderlos los que restaban sanos, no les era posible acudir a su consuelo, porque ocupados ya en abrir las sepulturas y ya en enterrar a los que morían no les quedaba tiempo ni de respirar".*

En Macaguane, de 450 indígenas solo quedaron con vida 180 almas, pero con esperanzas de seguir adelante lograron sobreponerse según el relato, creciendo en número y en temporales bienes.

En una sola reducción, se relata la muerte 270 personas en solo dos meses. Creemos que el dolor y la tragedia cundieron en todas la poblaciones o reducciones de esta llanura inculta. Uno de ellos era Chiricoa de Ariporo **(Paz de Ariporo),** el caserío fundado a las riberas del río que los naturales llamaban Ariporo en 1664. Es el primer poblado del que se tiene datos ciertos, que fue el primigenio de los que antecedieron al Paz de Ariporo actual, que estuvo poblado por guahíbos y chiricoas. En aquel entonces eran totalmente nómadas; hoy gracias a la divina providencia sobreviven descendientes de esas familias y naciones indígenas, arrinconados en la confluencia del Meta, el Casanare y el Ariporo. Seguros estamos de que su cosmogonía mantiene vigente estos sucesos imborrables, como mantiene su tradición oral aspectos tan antiguos como la creación del mundo.

Con pocos recursos y medicinas, con unos cuantos misioneros jesuitas, cuya mejor medicina era la fe, lograron salir de ese momento trágico. Es una paradoja de la vida que, 377 después de aquella terrible epidemia, estos pueblos tan escondidos en sus resguardos fueran alcanzados de nuevo por una pandemia que se inició en el otro lado del mundo. Tardó en llegar como todo a estas familias ancestrales, pero ellos, los descendientes de los guahíbos, chiricoas, achaguas y otros, que por milenios han habitado estas riberas, seguirán perviviendo a pesar de los embates de estos nuevos virus, que sabemos por demás, no será el último en un mundo globalizado.

Casi cuatro siglos después de ese triste suceso, hoy, en Casanare, al igual que el resto del mundo, batallamos contra una pandemia. Rendimos un sentido homenaje a nuestros antepasados que, como lo decía el jesuita Rivero, solo la Divina Providencia es superior a todo y la verdadera esperanza para la humanidad desde tiempos inmemoriales.

Rendimos de igual forma un homenaje y un sentidísimo pésame a cada una de las familias que han perdido seres queridos en esta pandemia del siglo XXI. Agradecemos a la Divina Providencia de Dios, que ha permitido a la ciencia encontrar las vacunas para prevenir los contagios, que a pesar de nuestras carencias y dificultades, conocemos hoy de protocolos sanitarios que permiten el autocuidado. Pero es difícil lograr un 100% de aislamiento. Por ello muchas personas conscientes, con las mejores intenciones y prácticas, han resultado contagiadas y lamentablemente muertas en Casanare, una región cuya densidad de población es menor a las grandes ciudades. Hace unos meses 23 casanareños murieron en un solo día y nos aprestamos para un tercer pico, que infortunadamente aumentará la cifra de decesos en este departamento y en todo el territorio nacional.

Solo cuando se vive un suceso tan devastador, nos hace conscientes de cuanto sufrieron nuestros antepasados, cuyas epidemias se desarrollaban con mayor intensidad y una tasa porcentual de mortalidad mucho mayor de la pandemia mundial del covid-19.

La capacidad de la humanidad para sobreponerse a situaciones adversas es incalculable, cuando repasamos los escritos del jesuita Rivero. Sus palabras están cargadas de un profundo pesar, sus líneas se cargan de una poesía lastimera y nos enseña a través de ella a mirar siempre con valentía el futuro, como la única tarea de quienes logramos sobrevivir a los que mueren en estas inesperadas condiciones. Casi que es imperativo por la fe, por la familia, por la humanidad, seguir como el jesuita, fundando desde los escombros nuevas reducciones. Al igual que el indígena, obstinado en sus creencias ancestrales, se aferró además a una nueva creencia y fue capaz de superar el dolor, de seguir con sus huellas descalzas en las riberas de los ríos torrentosos. Allí vemos que la humanidad por distinta que sea su cultura, preserva valores y sentimientos universales.

Los misioneros jesuitas y los aborígenes de las llanuras del Casanare tenían una percepción y un objetivo común: luchar contra la epidemia y vencerla. Ese sentido humanitario permitió que los misioneros plasmaran los hechos desde el punto de vista humanitario y sus consecuencias devastadoras desde lo psicológico y físico. Pero otro el pensar de los encomenderos, que muy poco registraron estos asuntos, avocados siempre al hambre por las riquezas, sin sentido de respeto por la vida de los aborígenes, de sus esclavos africanos. Una insensibilidad total por el afán de producir ganancias. Muchas similitudes con nuestros tiempos, pues hay quienes creen más importante mantener a flote la economía que salvaguardar las vidas de seres humanos, con sentimientos, sueños, familias que los aprecian y necesitan.

Los encomenderos de los tiempos de la Colonia también afloraron en los tiempos del covid-19: los mandatarios de algunos países, que se negaron a priorizar la dignidad humana y la vida. En su lugar, se dedicaron defender a toda costa la economía.

Con la fe, que nos permite confiarnos a la voluntad de Dios, siguiendo los mayores cuidados y protocolos sanitarios, acudiendo de manera oportuna a las jornadas de vacunación y refuerzos, valorando la vida de nuestros semejantes como la nuestra propia, siendo solidarios y responsables, estoy seguro de que llegaremos a buen puerto, más temprano que tarde. Amén

Bibliografía

Rivero, J. (1883). Historia de las misiones de los llanos de Casanare. Bogotá: Imprenta de Silvestre y compañía.

IMÁGENES ANEXAS

>> Niña indígena Resguardo Caño Mochuelo, Paz de Ariporo, Casanare. Fotografía tomada por Felcer Dueñas Vallejo (2007).

Construcción ancestral indígena, Resguardo Caño Mochuelo, Paz de Ariporo, Casanare. Fotografía tomada por Felcer Dueñas Vallejo (2007). >>

Ganado, caballos herencia de las haciendas jesuitas en Paz de Ariporo, Casanare.

Fotografía tomada por Felcer Dueñas Vallejo (2019).

>> Los centros poblados del llano casanareño. El tiempo se detuvo.
Fotografía tomada por Felcer Dueñas Vallejo (2008).
Centro poblado Los Morichales, Paz de Ariporo, Casanare.

>> Ilustración 1 FELIPE GONZALES MORA-Pueblos de doctrinas Jesuita en los llanos, siglo XVII-XVIII. (Ilustración 1. Iglesia en los llanos)

AGUA DE DIOS Y LEPRA: PANDEMIA MENTAL

Por: Maria Teresa Rincón Sánchez*

Resumen:

En tiempos de pandemia como la del covid-19, volvemos nuestra memoria a las diferentes situaciones similares que ha vivido nuestro país. Históricamente reconocemos esos momentos y, en especial, cuando desde Agua de Dios en Cundinamarca, Colombia, nos hacen sentir y vivir en pandemia permanente. La epidemia de la lepra o llamada en algún momento "elefancia", debido a que deformaba la piel volviéndola gruesa como la de los elefantes, y las piernas grandes, redondas donde era imperceptible a la vista los dedos de los pies. Fue la primera pandemia de la que se tuvo noticias confirmadas en los medios escritos históricos de nuestro país. Atacó inicialmente Cartagena de Indias hacia 1550, pues era el principal puerto marítimo de América para el comercio con Europa. Allí llegaban barcos de todas partes, barcos en los que viajaban también las enfermedades. Existe registro de aproximadamente 1.500 personas infectadas en aquel entonces, lo cual es equivalente a más de la mitad de la población completa de Cartagena en ese momento.

Nombres

La lepra se ha conocido como elefantiasis griega, malatía, lacería o mal de San Lázaro. A partir del V Congreso Internacional de la Lepra, llevado a cabo en La Habana en 1948, en memoria del descubridor del agente infeccioso, el médico noruego Gerhard Armauer Hansen (en 1873), fue denominada enfermedad de Hansen. Quienes la padecen también han recibido diferentes nombres: leprosos, lazarinos, elefanciacos, malatos, gafos, enfermos de lepra y, desde 1948, para evitar convertir lo adjetivo en sustantivo, enfermos de Hansen.

Definición

Esta una enfermedad infecciosa crónica con posible susceptibilidad genética que se transmite por contacto directo y prolongado con pacientes bacilíferos sin tratamiento. Es el resultado del concurso del agente infeccioso Mycobacterium leprae,

* Nacida en Agua de Dios, vinculada al Sanatorio desde el 7 de enero de 1997, profesional en Administración Financiera, especializada en Gestión Pública y tecnóloga del SENA en Gestión Documental por saberes previos. Responsable del Archivo Central y de la Gestión Documental y demás instrumentos archivísticos desde el 1 de septiembre de 2008 (TP-CCA: 3231).

el sistema inmune y ciertos factores sociales, que obrando en conjunto determinan el desarrollo del padecimiento: los bacilos responsables de la lepra se multiplican muy lentamente, usualmente en las envolturas de los nervios periféricos. La lepra no se presenta en la naturaleza, sino únicamente entre los seres humanos, quienes sin el adecuado tratamiento pueden ser desfigurados e incapacitados.

Agente

El germen causante es un bacilo ácido, resistente al alcohol, inmóvil, el Mycobacterium leprae, cuyas características son muy parecidas a las del bacilo de Koch, responsable de la tuberculosis. El Mycobacterium leprae pertenece a un gran grupo de patógenos bacterianos intracelulares ampliamente distribuido en la naturaleza.

El bacilo usualmente entra al cuerpo por vía respiratoria o por la piel. Debido a su periodo de incubación tan extenso, su diseminación a través del cuerpo no es suficientemente conocida. Comúnmente los síntomas tempranos de la enfermedad se manifiestan 3 a 5 años después de la infección, pero las evidencias clínicas pueden emerger tanto a los seis meses como veinte años después de aparecida la infección.

El principal foco de infección para la propagación de la lepra es la existencia de enfermos de lepra sin tratamiento. Por esto, el mayor factor de riesgo para adquirirla es el contacto o convivencia con un paciente bacilífero. Es aceptado que cerca del 90% de la población es resistente natural al bacilo de Hansen, es decir, el individuo se puede infectar, pero es poco probable que se enferme.

Esta resistencia natural proviene de la respuesta inmune y de la magnitud y frecuencia de la exposición al bacilo. La susceptibilidad parece estar genéticamente determinada. Los diferentes tipos de lepra que desarrolla el individuo están relacionados con el sistema inmunológico. No es una enfermedad hereditaria; no obstante, la susceptibilidad a padecerla, sí.

La magnitud del inóculo, la susceptibilidad inmunológica del huésped y las necesidades básicas insatisfechas de este, como desnutrición, hacinamiento, mala higiene personal y de su vivienda, constituyen los factores de riesgo asociados con la presencia de un caso nuevo de lepra. Existe evidencia de que la convivencia con un enfermo de lepra no tratado multiplica el riesgo de infección y, por lo tanto, la probabilidad de enfermar si las condiciones inmunológicas individuales y los factores ambientales favorecen el desarrollo de la enfermedad.

Para Colombia, desde el conocimiento y la investigación médica, se considera y plantean cinco periodos para el proceso de evolución de la lepra:

Período I: finales del siglo XVI hasta 1873

Periodo experimental, en donde se prueban posibles soluciones al mal de elefantiasis, todos relacionados con plantas y algunos con estiércol de animales.

Período II: desde 1873 hasta 1961

Experiencia basada en un proceso experimental en el Lazareto de Caño de Loro. En 1888 se hicieron los primeros ensayos en Colombia con el aceite de chaulmoogra. Se tomaron fotografías antes y después del tratamiento de los enfermos.

Período III: desde 1961 hasta 1986

En 1948, se demostró la actividad antituberculosa de los productos de oxidación de las fenilenediaminas y en 1960 se usó la clofazimina (B 663) contra la lepra murina. La rifampicina fue introducida en el tratamiento de la lepra en 1970 por Leiker y Rees. Luego fueron introducidas la etionamida y la protionamida. En 1965, Sheskin notó el buen resultado de la talidomida en los pacientes con reacción leprótica. El comité de expertos en lepra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el tratamiento multidroga en su quinto informe (1976), al menos con dos medicamentos eficaces contra M.leprae, para evitar el desarrollo de la farmacorresistencia, especialmente en los pacientes multibacilares. Este hecho se reforzó en 1981, en la reunión de Ginebra del grupo de estudio de la OMS sobre quimioterapia de la lepra, con su publicación del informe 675, que recomendó los esquemas terapéuticos de rifampicina, dapsona, clofazimina o rifampicina, dapsona etionamida y protinamida.

Período IV: desde 1986 hasta 1997

El Grupo de Micobacterias en cooperación con el grupo de Patología publicó en 1992 su manual de procedimientos "El laboratorio de lepra, bacteriología y patología". El libro Lepra, publicado por el Instituto Nacional de Salud, en 1996. La Cruz de Malta, la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá (Academia Nacional de Medicina de Colombia) y la lepra.

Período V: de 1997 al presente: prevención y tratamiento

Para prevenir la lepra y tratarla oportunamente, se debe sospechar su presencia en personas sintomáticas de piel y con cualquier tipo de lesión cutánea, no congénita, sea o no su motivo de consulta, de larga duración y que no haya respondido a tratamientos previos. Todo caso sospechoso de lepra debe someterse a estudio para confirmar si se trata de lepra siguiendo los siguientes pasos: historia clínica, con énfasis en el examen físico dermato-neuro-oftalmológico; debe realizarse una baciloscopia y una biopsia.

***

El control de la lepra reposa en la búsqueda activa de nuevos casos, con el fin de efectuar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Toda actividad de salud se centra en los casos de lepra entre los sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico. En los sintomáticos del sistema nervioso se buscarán en especial las áreas inervadas por los ocho troncos nerviosos que con más frecuencia son afectados por la lepra (trigémino, facial, auricular posterior, cubital, mediano, radial, ciático poplíteo externo y tibial posterior).

>> Fotografía tomada de ***Historia de la lepra en Colombia / 2010,*** Hugo Armando Sotomayor Tribín

Después de este recorrido, hoy nos vemos frente al coronavirus y le preguntamos en pleno siglo XXI a Colombia: ¿qué ha pasado con la lepra o enfermedad de Hansen?

Bajo la Ley 10 de noviembre de 1870, decretada por el general Daniel Aldana, presidente del Estado Soberano de Cundinamarca (1867-1868), se establece el Lazareto de Agua de Dios. A partir de 1905, el Gobierno nacional asume la dirección de los leprosorios, dado que estos se encontraban en unas condiciones precarias, no propicias para los enfermos.

El Decreto 14 de 1905 (enero 26) sobre lazaretos determina, en el artículo 2 y 3,

> *"el aislamiento o secuestración de los individuos que sufran la enfermedad reconocida con el nombre de lepra, previo al examen médico, es medida de urgente necesidad (…) Declárase obligatorio para los habitantes de Colombia, sea cual fuere su nacionalidad, sexo ó condición, el denuncio de las personas atacadas de lepra, en la forma siguiente: a) Todo médico, y en general todo individuo que ejerciere la medicina y fuere consultado por un leproso, (…) b) Todo colombiano, sin excepción alguna (…) Todo patrón, director o empresario (…)".*

Observando los resultados de la dirección del asilo, el Estado toma medidas bajo el decreto 1480 del 23 de diciembre de 1914, para reorganizar el Lazareto de Agua de Dios y se pone bajo la dirección de la Junta Central de Higiene. Esta ejerce las funciones de administrar los bienes y servicios del Lazareto, teniendo en cuenta el bienestar de los enfermos.

Ante la llegada de la pandemia del covid-19, la vida en el municipio de Agua de Dios cambió en un 90% teniendo en cuenta que la mayor población se encuentra entre adulta y adulta-mayor, lo que hizo que las medidas de cuidado y autocuidado fueran muy drásticas en los alberges, que nacieron inicialmente como hospitales donde reciben todos los servicios de cuidado integral, por parte del Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. El covid-19 impactó mucho y causó un gran porcentaje de pacientes infectados (749 casos positivos) de los cuales fallecieron 24.

***

El municipio de Agua de Dios en la actualidad se ha convertido también en lugar de recreación de algunos pobladores de Bogotá, quienes lo prefieren como alternativa para pasear a tierra caliente, donde además encuentran tranquilidad, paz y seguridad.

En este contexto y sumado a las condiciones de aseguramiento para los pacientes y tranquilidad de los visitantes, no se entiende por qué las personas afectadas por la lepra o enfermedad de Hansen siguen siendo objeto de discriminación y estigmatización, que además se extienden a su familia y la demás población de este municipio, que sin ser enfermos, deben afrontar situaciones de malos comentarios, rechazo, aislamiento, etc.

"No es una impresión, sigue siendo nuestra realidad, hablar o nombrar a Agua de Dios es transportarnos a las personas que rechazan nuestra presencia".

Al retomar la historia de la lepra y compararlo con lo que ocurre hoy con el covid-19, en los dos casos se mantienen las situaciones de riesgo frente a la falta de diagnóstico a tiempo. El temor ante la enfermedad provoca posibles violaciones a los derechos humanos, a raíz de las medidas que se deben establecer para aislar a los enfermos, evitar el contagio y determinar los tratamientos adecuados.

Ante este panorama, los soportes documentales que se conservan en el Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. pueden ser fuentes de información que confirman la discriminación, el estigma y los prejuicios que no permiten acabar con la lepra como sinónimo de asilamiento y cautiverio.

El país nos hace sentir rechazados y esto duele más que tener covid-19, así este último signifique la posibilidad de perder la vida. Es la condición mental la que realmente nos hace daño.

Ya no se habla de la lepra como un problema de salud pública, porque su incidencia de casos nuevos por año está por debajo de los estándares establecidos como de alto impacto: para el año 2017 se presentaron 362; para el 2018, 324; en 2019, 339 casos; para el 2020, al tercer trimestre se presentaban 136 casos nuevos.

Siguen existiendo casos nuevos y estigmatización, a pesar de que ya sabemos que:

1. No existe una vacuna mágica contra esta enfermedad, pero el tratamiento que se utiliza es 100% efectivo, detiene la degeneración y el efecto de discapacidad.

2. El tratamiento es gratuito en todo el territorio nacional y está al alcance de todos los colombianos.

3. Los pacientes pueden y deben ser tratados en su sitio de origen, para evitar el desplazamiento forzado.

4. No se trata de una enfermedad hereditaria, no necesita aislamiento y casi nunca, hospitalización.

5. La condición de contagio es exigente. Por esto, quedarse una semana, convivir en una misma vivienda con curados de la enfermedad, no es sinónimo de contagio.

6. Cuando la diagnostican a tiempo se trata y se cura, permitiendo a quien la padece que lleve su vida de forma normal.

7. El peor enemigo de la lepra es la ignorancia sobre el tema, la cual genera grandes consecuencias sociales por falsas creencias, por el temor y el rechazo que siempre han existido hacia las personas que la padecen y a quienes conviven con ellas. Por esto es necesario hablar de la lepra.

Desde el Sanatorio de Agua de Dios E.S.E., seguimos especializándonos en lepra, enfocados en apoyar todos los procesos de detección, tratamiento, control y formación. Trabajamos por que nuestro país no vuelva a reportar en el futuro ningún caso nuevo.

Además, nuestro archivo es fuente de información para el estudio histórico y actual de la enfermedad.

>> Maestro Ángel Alfonso: pintor, poeta y escritor (fotografía: Ektor Arroyabe).

¿QUIÉNES SON LOS IDIOTAS? OLIGOFRENIA, IMBECILIDAD E IDIOCIA EN LOS HOSPICIOS DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA 1930-1970

> *"Cualquier vida es única e irrepetible y tiene tanto valor como otra. Si hubiese una vida sin importancia, ninguna sería importante"*
> ***Olga Bejano***

Por: Catalina Vargas Paredes[1]

Resumen:

La oligofrenia actualmente es un término en desuso y se considera peyorativo, pero durante mucho tiempo se refirió a una enfermedad mental. Esto conllevaba, por un lado, una serie de cargas sociales como ser llamado *estorbo o parásito social* y, por el otro, la falta de tratamientos que realmente contribuyeran a mejorar su calidad de vida. Para acoger, proteger y tratar no solo a los oligofrénicos, también a otros individuos en estado de vulnerabilidad, se funda la Beneficencia de Cundinamarca. Bajo su jurisdicción se crean casas asilo, manicomios y colonias para mendigos; sin embargo, en estos lugares se produjeron serios problemas médicos y sociales dados por la falta de recursos y el hacinamiento, lo cual se refleja en las historias clínicas de los pacientes que son la fuente primaria para este artículo.

Palabras clave: oligofrenia, psiquiatría, vulnerabilidad, asilo, beneficencia.

A lo largo de su historia, la humanidad se ha enfrentado a diversas enfermedades que han causado millones de muertes y crisis sociales de múltiples dimensiones que han dejado importantes secuelas. Estos fenómenos son pensados como grandes epidemias; sin embargo, se ignoran aquellas enfermedades que atacan a la mente humana y a los individuos que las padecen, quienes son señalados como enajenados e incapaces ante los ojos de sus pares. En este artículo se abordará el fenómeno a partir de los pacientes que no fueron considerados dementes, pero a los que se les consideraba como incurables e incapaces de controlar sus actos y, por ende, *idiotas, imbéciles y oligofrénicos.*

A menudo se usan términos como *idiota o imbécil* para hacer referencia a alguna persona que ha cometido un acto carente de sentido común. Estas palabras se han transformado en su significado, ya que a principios del siglo pasado hicieron parte de la clasificación de un trastorno de déficit cognitivo llamado oligofrenia, enfermedad que ataca al infante desde

1 Historiadora de la Universidad Autónoma de Colombia. Actualmente funcionaria de la Biblioteca Luis Ángel Arango en Servicios al Público.

sus primeras etapas de desarrollo y que lo acompañaba por el resto de su vida. Se divide en varias categorías, las cuales permiten explicar detalladamente diversas anomalías físicas y mentales según la variedad de síntomas que el paciente presentará.

Las difíciles condiciones sociales del país a mediados del siglo XX hicieron que los pacientes no solo intentaran lidiar con su enfermedad en medio de un sistema de salud casi inexistente, sino que, además, eran excluidos, simplemente ignorados o tratados como una figura cómica. Uno de los ejemplos más rememorados es el *bobo del tranvía,* quien terminó deambulando en las calles, según la leyenda, luego de que su hermana se escapara de casa. Este hecho lo sumió en una grave depresión hasta que, en un accidente, el tranvía lo atropelló y tuvo que ser trasladado al Hospital Neuro-psiquiátrico de Sibaté donde murió, al parecer, de un ataque al corazón en 1955[2].

No solo los enfermos fueron excluidos y abandonados, también los huérfanos y, en general, personas vulnerables se estaban convirtiendo en una preocupación estatal. Ante esta problemática se crearon diversas instituciones, generalmente sostenidas con recursos públicos o de la caridad y en ellas, los necesitados podrían obtener acceso a alojamiento, alimentación y salud.

>> Ilustración 1: Fachada actual del hospital Julio Manrique. Fotografía de la autora.

2 El Bobo del Tranvía: un personaje legendario de la historia bogotana. (2019, 6 de mayo). Conexión Capital.

En Cundinamarca, se instauró el 15 de agosto de 1869 la Junta General de la Beneficencia para que esta asumiera junto con la Iglesia el manejo de los establecimientos de caridad. A partir del texto de Roldán *Impacto social generado por el establecimiento público de beneficencia en el departamento de Cundinamarca,* se puede establecer una breve cronología de la apertura de los primeros centros:

> *"La Beneficencia asumió la dirección de algunas instituciones, como: Asilo de Indigentes para mujeres en 1871, Creación de la Casa de Locos (así se le decía en esa época) en 1873; Creación del Asilo de Locas en 1874. En el año 1918 se crea la Colonia de mendigos en Sibaté. Entre los años 1922 y 1928 la Beneficencia adquiere, por compra, parte de los terrenos de las antiguas haciendas de Aguas Claras, San Benito y otros en lo que hoy son terrenos en Sibaté, para destinarlos a la Colonia de Mendigos, el Asilo de Locas y el Asilo para Niños Desamparados. En el año 1929 se inicia la construcción de un manicomio en un predio denominado El Tablón en el Municipio de Sibaté[3]".*

Los pacientes diagnosticados con oligofrenia eran atendidos en dos instituciones: los Manicomios de mujeres y varones y la Colonia de mendigos de Sibaté. En este artículo se abordará el tema a partir de las historias clínicas provenientes de Sibaté y actualmente en custodia del Archivo General de la Nación.

Antes de abordar la reclusión de los pacientes en los manicomios adscritos a la Junta de Beneficencia, es importante comprender el significado médico del concepto oligofrenia y los factores que los estudiosos señalaron que eran claves para su desarrollo y clasificación, para entender y tratar al paciente. El término fue implementado por Emil Kraepelin a inicios del siglo XX, un científico alemán, que propuso que las enfermedades mentales corresponden a un problema orgánico más que a uno social, e inició estudios biomédicos bajo los cuales reafirmó su teoría.

El término *oligofrenia* viene de las palabras griegas *oligo* que significa 'poco' y *frenos,* 'inteligencia', que explican en lo que consiste esta patología en la que el paciente desarrolla un déficit cognitivo que puede ser leve, moderado o severo. En algunos casos, el paciente no desarrolla ningún tipo de inteligencia; en estos casos también se presentan problemas de motricidad y lenguaje. Estudios más avanzados como el desarrollado por el español Jerónimo Moragas en 1942, titulado *"Diagnóstico, clasificación y tratamiento de las oligofrenias"* avanza en el entendimiento de la enfermedad, pues analiza de manera detallada los niveles del desarrollo clasificándolos de la siguiente manera:

· Idiocia

Se presenta en aquel paciente que no consigue comunicarse con sus semejantes, es decir, que no puede expresar su pensamiento verbalmente de manera clara ni comprender a los demás. Moringa aclara que este diagnóstico debe tener en cuenta que el paciente no posea

3 Roldan Mondragón José. Impacto Social Generado por el Establecimiento Público de Beneficencia en el Departamento De Cundinamarca. Bogotá, Universidad Militar Nueva granada. 2017.

trastornos de audición ni de fonación y que se trata exclusivamente de una deficiencia intelectual. Sin embargo, como se analizará más adelante, esto posiblemente no se reflejaba en algunos pacientes.

· Imbecilidad

Se entiende como imbécil a aquel paciente que no puede comunicarse de manera escrita con sus semejantes y tampoco tiene la posibilidad de leer o comprender lo que lee. Los estudios con respecto al déficit cognitivo iniciaron desde antes de que Kraepelin formulará el termino oligofrenia. James Cowles Prichard, médico británico y etnólogo, señaló a mediados del siglo XIX que *"hay diferentes grados y variedades de deficiencia mental, que apenas llegan a constituir lo que se denomina idiotismo o imbecilidad. Se dice que las personas afectadas son débiles de carácter, estúpidas o de escasa capacidad"*[4].

· Debilidad mental

Se refiere al paciente que puede comunicarse por medio del habla y la escritura; no obstante, presenta un retraso de 2 a 3 años con sus semejantes en términos académicos.

Estas definiciones son útiles para que el médico catalogue a un paciente en cierto grado de déficit mental según lo que pueda o no pueda hacer. Sin embargo, esta no es la única forma de clasificar a un paciente. Los estudios de Moragas no fueron los únicos en desarrollarse, pues para mediados del siglo XX el reconocido psiquiatra August Vermeyle[5] realizó estudios en diversos pacientes con oligofrenia basándose principalmente en su criterio intelectual y llegó a la siguiente catalogación[6]:

Para Vermeylen era tan importante observar y determinar la capacidad psicológica del paciente como su capacidad cognitiva. La relación con su entorno permitiría un tratamiento más eficaz para su bienestar, aunque era posible que no desarrollara facultades cognitivas a medida que avanzara su tratamiento y, por el contrario, se detuvieran.

A diferencia de otros pacientes psiquiátricos en los cuales otros diagnósticos constituyen la pérdida o deterioro de la capacidad mental, el oligofrénico nunca adquirió estas

4 Berrios, Germán E. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX México: FCE, 2008, p 162.
5 Médico psiquiatra belga. En 1931, se convirtió en el primer director del Instituto de Psiquiatría en el Hospital de Brugmann, una posición que mantuvo hasta su muerte. Estudiante de Ley y Decroly, sus investigaciones fueron principalmente sobre trastornos psicológicos en niños.
6 De Moragas, Jerónimo. (1942). Diagnóstico, clasificación y tratamiento de las oligofrenias. Madrid, Barcelona: Editorial Miguel Servet, p. 37.

capacidades. Esto se debe a que su enfermedad surge principalmente en las primeras cuatro etapas de desarrollo infantil, que son: formación gestacional, el momento del parto, neonatalidad y sus primeros años de vida. Para Moragas existen diversos factores que fomentan la aparición de esta enfermedad, entre las cuales se destacan:

· Hereditarias

· Germinales

· Congénitas

· Adquiridas

En algunas ocasiones, los enfermos desarrollaban síntomas relacionados a algún tipo de enfermedad mental debido al aislamiento al cual fueron sometidos y no a que realmente sufrieran dicho padecimiento[7].

Los pacientes con déficit cognitivo contaban con pocos tratamientos psicológicos o psiquiátricos, que ignoraban sus dolencias mentales y se enfocaban en la atención de sus condiciones físicas, ayudándoles a controlar infecciones u otros problemas somáticos con medicamentos inyectables, además del uso de otro tipo de sustancias como el talio[8], metal pesado altamente tóxico, usado anteriormente para el tratamiento de problemas en la piel o tuberculosis.

Con la finalidad de establecer asertivamente los diagnósticos, el médico tratante procuraba determinar el déficit intelectual de los pacientes a partir de sus respuestas ante la vida cotidiana. En muchas ocasiones, las historias clínicas no cuentan con antecedentes, tratamiento ni con los motivos por los cuales los enfermos entraban o salían del manicomio o eran enviados a la Colonia de mendigos.

Este tipo de diagnóstico hacía que se analizaran algunos tipos de discapacidad como oligofrenia. Es el caso de las personas *mudas* o con capacidades diferentes de comunicación, quienes generalmente ingresaban y se registraban sin nombre, al no poder comunicarse de forma escrita ni verbal.

Al ser recluidos, los oligofrénicos se encontraban ante nuevas condiciones de convivencia, debían socializar con otros pacientes, enfermeros y médicos y en algunas ocasiones, como denunció Humberto Rosselli, psiquiatra del Asilo de Locas, las enfermas debían compartir un pequeño catre y un baño para alrededor de 300 pacientes.

Un importante llamado de atención por parte de los profesionales en salud mental se realizó para la década del 1960, cuando los especialistas enfatizaban en la importancia del cuidado del oligofrénico quien debía tener atención y protección de tipo maternal y un

7 Foucault Michel, Enfermedad mental y personalidad. Editorial Paidós, Ciudad de México D.F. 1992. PP 21-22
8 Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR). 1992. Reseña toxicológica del talio. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Servicio de Salud Pública.

acompañamiento escolar que, dependiendo de su nivel de deficiencia, debía ser dentro de los parámetros de un niño normal.

En las primeras jornadas de psiquiatría, que se desarrollaron en Cartagena en marzo 24 y 25 de 1961, el doctor Hernando León advirtió, en su ponencia denominada *Tratamientos prolongados en la oligofrenia con nialamida y con ácido nicotínico,* llamó la atención sobre

> *"la importancia que tiene para el oligofrénico la madre y la psicopedagoga, que son las que en realidad pueden influir más benéficamente sobre la vida de él. Sin ellas y posiblemente a pesar de todos los tratamientos farmacológicos, los oligofrénicos sólo podrán llevar una vida vegetativa y no ser útiles para la sociedad, sólo parásitos, muchos de ellos antisociales que se dejen llevar al crimen por otros sujetos con personalidad psicopática".*[9]

En diversos estudios médicos se consideró que un paciente con este déficit intelectual no tenía la capacidad de realizar de manera efectiva labores cotidianas que fueran de utilidad ya sea para su núcleo familiar o su entorno social y laboral. Moragas señala que:

> *"el oligofrénico está caracterizado ante todo porque desde el punto de vista práctico, su utilidad y rendimiento –para consigo mismo y para con los demás- son deficientes. El oligofrénico no llega donde llegan los otros, no sirven para lo que sirven los demás. Pero entiéndase bien: en muchas ocasiones no es que no llegue, si no que llega de una manera diferente. No es que no sirva, sino que estorba".*[10]

Además de las dificultades intelectuales, el paciente en algunos casos también presentaba dificultades motrices y de habla, lo cual empeoraba su condición: muchas veces las familias al no poseer los recursos necesarios para su cuidado finalmente tomaban la decisión de abandonarlo en los centros mentales.

En las historias clínicas revisadas, se registran salidas de pacientes por *petición de la familia,* la cual se llevaba a cabo por medio de una solicitud por escrito (carta) que se envía al manicomio explicando que la familia del paciente se responsabiliza de su cuidado y atención. Esto debido a que, a pesar de su enfermedad, en algunos casos altamente incapacitante, muchos pacientes contaban con empleos en diversas áreas, como la agricultura, las ventas, reparación de calzado o eran fundamentales en las labores domésticas. Aun cuando eran pacientes aptos para sociabilizar, solo 77 de los casos revisados fueron requeridos por su familia.

La principal causa de salida fue *defunción,* seguido de *mejoría.* En el siguiente cuadro se mostrará el porcentaje de la totalidad de los motivos por los que eran dados de alta los oligofrénicos, entre los años de 1910 y 1960, que corresponde a un total de 626 pacientes:

9 Paraninfo de la Universidad de Cartagena. Primeras jornadas psiquiátricas. Universidad de Cartagena, Colombia 1961, p. 29.
10 Ibíd. p. 16.

Motivo de salida	Porcentaje	Total
Defunción	34,40%	212
Mejoría	26,50%	166
Traslado a otros centros	12,55%	79
Petición de la familia	12,30%	77
Fuga	8,40%	53
Mismo estado	2,70%	17
Consulta externa	1,70%	11
Órdenes judiciales	0,70%	5
No registra	0,60%	4

>> Ilustración 2: Elaboración de la autora a partir de 626 historias clínicas con diagnósticos relacionados con deficiencia mental provenientes de Sibaté, actualmente bajo la custodia de Archivo General de la Nación.

>> Ilustración 3: Imagen de paciente interna en el asilo de locas 1953.

Debido a las circunstancias a las cuales se veían enfrentados los pacientes, la defunción y los traslados a otros centros fueron dos de los principales motivos de salida; sin embargo, cabe destacar que algunos de ellos eran recluidos por lapsos relativamente cortos de tiempo, ya que su familia solicitaba hacerse cargo de sus cuidados. Por ello en muchos casos, en la orden de salida se podía apreciar que dejaban el centro de salud "en el mismo estado".

En el caso de las pacientes, muchas de ellas eran conducidas al manicomio en busca de atención en salud tanto física como mental debido a que, dentro de este asilo, funcionaba también área de ginecología y consulta externa. Sofía Vélez[11] fue una de las pacientes que ingresó en la década del 1950. Su historia clínica permite visualizar diversas manifestaciones de la enfermedad en sus múltiples esferas: la psiquiátrica, la somática y la social. Esta paciente ingresó el 31 de octubre de 1953, a la edad de 15 años y una estatura de un metro, natural de Ubaté, Cundinamarca. Fue remitida al frenocomio por la Secretaría de Justicia de Cundinamarca y la descripción de su ingreso fue:

> *Calmada, desorientada, alopsíquicamente. Facies mongoloides, de sonrisa insulsa; dificultad para habla. Notable retraso mental. A partir del año de nacida le dan convulsiones; hay pérdida del conocimiento, mordedura de lengua, pérdida del control de esfínter vesical; cefiles constante. Diagnóstico: oligofrenia (idiotismo).* [12]

Su reclusión duró aproximadamente un año, y el motivo de salida fue por *petición de la familia*. Por medio de los exámenes rutinarios y la exploración familiar, se encontró que su padre poseía antecedentes con el alcohol, los exámenes serológicos realizados a la paciente arrojaron un resultado positivo en reacción de Kahn y Mazzini, pruebas para el diagnóstico de sífilis. En esta historia clínica llamaron la atención diversos factores como la temprana edad de la paciente, el evidente retraso en su crecimiento y la vulnerabilidad de su entorno familiar.

>> Ilustración 4: patio central del asilo de locas, situado en la antigua Fábrica de Municiones del Aserrío, en la carrera 6ª con la calle 7ª tomado de historias de Bogotá tomo iii. https://villegaseditores.com/historia-de-bogota-siglo-xx-la-ciudad-se-expande-al-sur

11 Nombre y procedencia modificados para proteger sus datos personales.
12 Historia Clínica de paciente recluida en el Asilo de Locas, Archivo General de la Nación. Bogotá Colombia.

Las crónicas de las visitas a estos centros son una fuente visual que permite dimensionar la soledad y el abandono por parte del Estado, de sus familias y de sus mentes. En el caso del *Asilo de Locas,* muchas de ellas murieron, esperando décadas por una visita familiar, como lo describió Ozorio Lizarazo en su relato denominado *Carnaval de espíritus,* en 1926, en el cual el escritor describió su experiencia con una mujer octogenaria olvidada en el asilo:

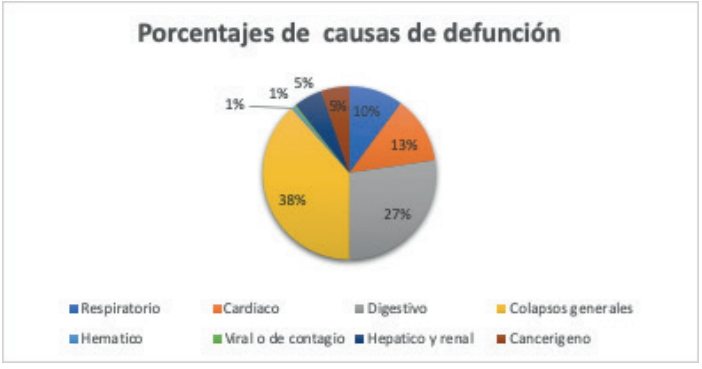
> *"Una anciana de ochenta o más exclama con el acento más cariñoso que pueda producir una garganta humana: "-Hijitos queridos! ¡Hijitos míos! Por fin os veo. Pero que hermosos y crecidos estáis (…) Entró al manicomio en 1911 fue llevada allí desde un convento donde había sido monja y donde pudo adquirir conocimiento".*[13]

Para el año de 1936 se escribió un informe detallado de la situación de las internas, evidenciando una serie de problemáticas entorno a la higiene, la falta de medicina y el hacinamiento:

> *"Las reclusas tan solo disponen de unos pocos bancos de piedra para sentarse, lo que obliga a la mayoría a permanecer de pie, y cuando se fatigan de esta posición se ven obligadas a sentarse en el suelo, que también les sirve de mesa de comedor. Por carecer de cucharas, llevan con las manos los alimentos de las vasijas a la boca".*[14]

La salida de los centros psiquiátricos no aseguraba mejores condiciones; por este motivo, se buscaba el traslado a otros centros. De los 626 pacientes que ingresaron por oligofrenia de 1930 a 1960, se halló que el 12.6% salieron por traslado, de los cuales el 9,4% iban dirigidos al centro de mendigos. Lo anterior sugería una importante cifra sobre el abandono familiar de los pacientes con oligofrenia.

Otro importante motivo de salida fue el alto deceso en los pacientes, que podría deberse a la mezcla de múltiples factores como el clima, la mala alimentación y la poca higiene, contexto propicio para la aparición de problemas respiratorios, estomacales e incluso cardiacos, además de otros factores como los procedimientos médicos.



>> Ilustración 5: porcentajes de defunción en pacientes con oligofrenia de 1930 a 1970.

13 Osorio Lizarazo. (1926). La cara de la miseria. Bogotá Colombia. En H. Roselli , Historia de la psiquiatría en Colombia (tomo 2). Bogotá, Colombia: Editorial Horizontes, p. 437.
14 Roselli, H. (1968). Historia de la psiquiatría en Colombia (tomo 2). Bogotá, Colombia: Editorial Horizontes, p. 446.

La figura refleja que los colapsos generales, por ejemplo, la caquexia, produjo un mayor número de víctimas. Esta enfermedad se caracteriza por adelgazamiento considerable, insuficiencia progresiva de las funciones vitales y cuando aparece la recuperación es muy difícil[15]. También la enterocolitis, enfermedad gástrica que produce graves cuadros de deshidratación, también fue uno de los principales diagnósticos fatídicos.

Las enfermedades gastrointestinales también tuvieron un significativo número de decesos y la muestra evidencia que el 27% de las defunciones estuvieron relacionadas con este tipo de enfermedades. En la década de 1940 se dio el pico más alto de enfermedades como colitis, enterocolitis, gastroenteritis, etc., posiblemente dados por el hacinamiento. Los elevados decesos dados por afecciones cardiacas podrían estar relacionadas con el uso de terapias agresivas como el uso simultáneo de electrochoque, el cual hace que los músculos se contraigan de forma descontrolada, y la insulinoterapia.

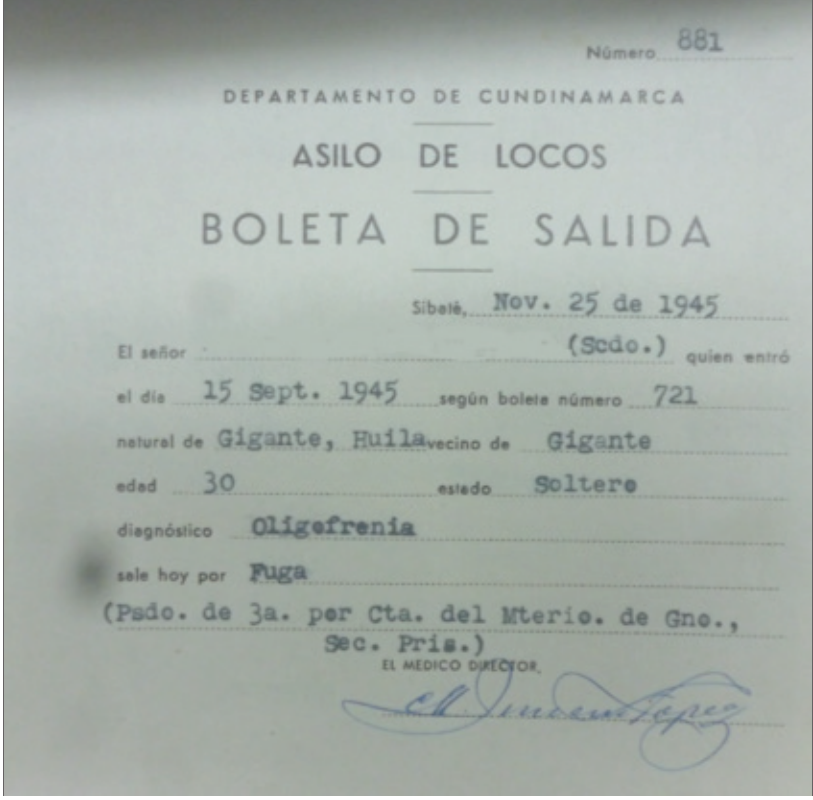
Las afecciones respiratorias podrían explicarse a partir de la falta de elementos para los pacientes como ropa y cobijas. En el caso del Asilo de locas, estas solo usaban un camisón. En el manicomio de varones, se hacía uso de estos elementos según la categoría del enfermo; los enfermos de primera categoría, por ejemplo, tenían acceso a ropa de cama y beneficios como lavandería[16] .

Se puede decir que muchas falencias administrativas también fueron un factor letal en los asilos: la tardanza en el suministro de medicamentos fue denunciada por el doctor el doctor Enrique Reyes en 1968, que advertía sobre el preocupante panorama al cual se enfrentaban en el Asilo de locas:

> *"Las drogas para el frenocomio son despachadas varias semanas después de las fechas de los pedidos, por causa, según se me ha informado de que la provisión de elementos para los asilos está sometida a una tramitación complicada. Por la aludida demora es de frecuente ocurrencia que los medicamentos prescritos a una enferma lleguen cuando ésta, varios días antes ha fallecido".*[17]

Esta problemática afectó a todos los pacientes y se mantuvo hasta el cierre del hospital Julio Manrique en la primera década de siglo XXI.[18]

15 Sociedad Española de Medicina interna. *Desnutrición y Caquexia.* Visto en web https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/desnutricion-y-caquexia el 5 de diciembre de 2019.
16 Las historias clínicas señalaban a qué categoría pertenecía el paciente al momento en el cual se registraba su ingreso.
17 Roselli, H. (1968). Historia de la psiquiatría en Colombia (tomo 2). Bogotá, Colombia: Editorial Horizontes, p. 446.
18 Paula Castillo señala en su columna del periódico El Espectador del 7 de diciembre de 2009 que en el hospital psiquiátrico de Sibaté Julio Manrique "la cosa es crítica, hay enfermeras a las que les quitaron los niños porque no tiene cómo sostenerlos, otros están viviendo sin agua y luz en las casas porque no tienen cómo pagar los servicios, aseguró Abdón Cárdenas, ingeniero de Mantenimiento del centro médico. Pese al drama que viven cientos de empleados, todos siguen cumpliendo con su labor. Julio Geney, funcionario del hospital, dijo que en la Beneficencia de Cundinamarca les dicen que la institución está ilíquida. No vemos una solución a corto plazo. Sin embargo, los funcionarios son gente de vocación y no dejan ni a los enfermos, ni a los abuelos tirados".



Número 881

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

ASILO DE LOCOS

BOLETA DE SALIDA

Sibaté, Nov. 25 de 1945

El señor (Scdo.) quien entró

el día 15 Sept. 1945 según boleta número 721

natural de Gigante, Huila vecino de Gigante

edad 30 estado Soltero

diagnóstico Oligofrenia

sale hoy por Fuga

(Psdo. de 3a. por Cta. del Mterio. de Gno., Sec. Pris.)

EL MEDICO DIRECTOR,

Ilustración 5: Boleta de salida del paciente. >>

Los enfermos mentales, sin embargo, también formaron parte activa de la sociedad: desde aquellos que se empleaban hasta quienes mendigaban o delinquían. Al ser considerados bobos, eran tratados como niños, incapaces de responder por sus actos o dimensionar la gravedad de los mismos. En algunos casos, se fugaban, pues mientras más cercano a la cordura se encontraba el enfermo, poseía mayor entendimiento, y por consiguiente, decidía evitar cumplir su sentencia[19] . Sin embargo, el número de oligofrénicos sindicados de delitos que cumplieron sus penas asilados en los manicomios fue muy reducido: tres ingresaron por homicidio, uno por violación y cuatro de ellos ingresaron sin que se especificara su delito. Estos asilados ingresaban por medio de convenios realizados entre la Beneficencia y la rama judicial que mantenían la comunicación entre las autoridades y el médico tratante; se informaba sobre la evolución del paciente y en los antecedentes se mencionaban los motivos de la reclusión y en algunas ocasiones se anexaba el proceso judicial llevado en contra del enfermo. Un ejemplo de ello es la correspondencia anexada a la historia clínica :[20]

> *Bogotá 11 de julio de 1949.*
> *Señor director del Asilo de Locos*
> *Sibaté*
>
> *Se tiene conocimiento de que Héctor Blanco fue sentenciado por el juzgado* cuarto *superior de Bogotá a la pena de medidas de seguridad en un manicomio, por dos años y como seguramente la indicada pena la estuvo cumpliendo en ese establecimiento, ruego a ud.*

19 *Guía Para Preparatorio* - Teoría del Delito. Universidad Libre de Pereira. Texto en línea, consultado el 29 de noviembre de 2019.

20 Información modificada para proteger datos personales.

se sirva expedir una copia de la sentencia respectiva, que debe reposar en su despacho, la cual se necesita para agregarla al sumario que cintra el sindicado Blanco se adelanta por delito de corrupción .

La historia clínica del señor Blanco también pone en evidencia las precarias condiciones en que los enfermos vivían, ya que, en este caso, el paciente murió de caquexia el 12 de abril de 1953, ocho años después de su ingreso. La falta de apoyo, en todas las esferas, al enfermo psiquiátrico se mantiene hasta el día de hoy, en donde se siguen encontrando casos de abandono familiar y social y las personas con discapacidades cognitivas que siguen sin ser tenidas en cuenta, como mencionó Moragas en su estudio: *"No es que no sirvan, es que* ***estorban****"*.

Fuentes documentales y bibliografía

Fuentes Documentales

Archivo General de la Nación, Fondo Beneficencia de Cundinamarca, Manicomios de Sibaté.

- Asilo de Locas 1910-1970. Historias clínicas.
- Manicomio de varones 1905-1970. Historias clínicas.
- Hospital Neuro-psiquiátrico 1952-1965. Historias cínicas.

Total de historias clínicas revisadas: 8.000.

Libros y revistas

Berrios, G. E . (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: FCE.

De Moragas, J. (1942) *Diagnóstico, clasificación y tratamiento de las oligofrenias.* Madrid, Barcelona: Editorial Miguel Servet.

Foucault, M. (1992). *Enfermedad mental y personalidad.* Ciudad de México, D.F.: Editorial Paidós.

Gutiérrez Avendaño, J. (2019). *Locura y sociedad alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968.* Envigado: Institución Universitaria de Envigado, pp. 54-55.

Gutiérrez, J.; Márquez, J. (2015). Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*.

Henao Gil, S. (2019). El papel de la beneficencia de Cundinamarca en la asistencia y control de los enfermos mentales: el manicomio de varones de Bogotá entre 1905 - 1940. Bogotá: Universidad Autónoma de Colombia.

Primeras jornadas psiquiátricas. (1961). Universidad de Cartagena, Colombia.

Roldán Mondragón, J. (2017). *Impacto social generado por el establecimiento público de Beneficencia en el departamento de Cundinamarca.* Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.

Roselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia (tomo 2).* Bogotá: Editorial Horizonte.